

Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa



IMPACTO DA RELAÇÃO CIDADÃO – SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NA REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS DO SNS

Carla Silva Diogo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção de grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de saúde

Orientador:

Professor Doutor Paulo Kuteev-Moreira

Dezembro de 2007

Para lá da zona da entrada sem aventura, se situa o espaço de projecto, a zona de viagem e de exploração, o desconhecido mais ou menos conhecido, o reservatório do novo.

Moles *in* Leite (1999)

RESUMO

Palavras-chave: *Triagem, Sistema de Triagem de Manchester, Gestão dos Serviços de Saúde, Requalificação das Urgências do Serviço Nacional de Saúde.*

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) trata-se de uma medida adoptada pelo Ministério da Saúde no ano 1997, para a Reestruturação dos Serviços de Urgência (SU). Actualmente, o STM enquadra-se num contexto mais amplo, denominado Requalificação das Urgências do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O presente estudo surge da prática de triagem num SU do SNS, onde está implementado o STM. Desta prática entendeu-se que os cidadãos/ utentes parece conhecerem o STM, tendo identificado sinais e sintomas que conferem uma prioridade mais elevada, e apresentarem predisposição para utilizarem essa informação/ conhecimento, de modo a conseguirem um atendimento mais rápido.

Na tentativa de descrever o fenómeno envolto na aplicação deste ST, com repercussões no funcionamento do SU em estudo e, conseqüentemente, na Requalificação dos SU, realizou-se um Estudo de Caso de Observação, que incide sobre a triagem, mais precisamente, sobre o STM. Trata-se assim de uma Investigação do Tipo Qualitativa, baseada numa Perspectiva Fenomenológica. A recolha de dados ocorreu através de Entrevistas Semi-dirigidas. A análise dos dados realizou-se através da técnica Análise de Conteúdo.

Da análise dos dados constatou-se que o conhecimento dos cidadãos/ utentes sobre o STM é manifestamente insuficiente. Contudo os cidadãos/ utentes são conhecedores de alguns critérios valorizados na atribuição das categorias de urgência mais elevadas do STM. Assim, esse conhecimento predispõe-os a utilizarem a informação em seu próprio benefício, para obterem um atendimento mais rápido.

Os resultados obtidos remetem para o repensar o STM pelos gestores e profissionais dos Serviços de Saúde, enquanto medida adoptada na Requalificação das Urgências do SNS.

ABSTRACT

Key-words: *Triage, Manchester Triage System, Health Services Management, National Health System (NHS) Emergency Departments Requalification*

By the year 1997 the Health Ministry adopted the *Manchester Triage System (MTS)* as a tool to restructure emergency departments. This concept has now a larger framing and is nominated NHS Emergency Departments Requalification.

This study merges from triage practice in a NHS Emergency Department where MTS is implemented. Practitioners experience showed that patients seemed to understand MTS principles. Apparently they are aware of high priority symptoms using that information and knowledge to get a faster admission.

This phenomena has a large impact in Emergency Departments functioning and consequently in their Requalification. In an effort to describe it, we developed a Case Study on the Manchester Triage System. It's a Qualitative Research based in a Phenomenological Perspective. Data were collected trough Semi-Directed Interviews. Data were analysed trough Contents Analysis method.

Patient's knowledge revealed to be insufficient. Nevertheless, they know some of the criteria used on the attribution of MTS's higher categories. Thus, this knowledge predisposed them to use information in their own profit to get a faster assessment.

These findings can be used by health managers and health professionals to rethink Manchester Triage System as a NHS Emergency Departments Requalification tool.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	12
1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO, QUESTÕES DE PARTIDA E OBJECTIVOS	16
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	16
1.2 QUESTÕES DE PARTIDA	17
1.3 OBJECTIVOS	18
1.3.1 Objectivos gerais	18
1.3.2 Objectivos específicos	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1 TRIAGEM	20
2.1.1 Evolução Histórica	20
2.1.2 Conceito	21
2.1.3 Sistemas de Triagem	22
2.1.3.1 <i>Objectivos</i>	22
2.1.3.2 <i>Pontos Fortes e Pontos Fracos</i>	23
2.1.3.3 <i>Funções Principais e Secundárias</i>	24
2.1.3.4 <i>Categorias de Urgência</i>	24
2.1.3.5 <i>Validade</i>	26
2.1.3.6 <i>Tipos de Sistemas de triagem</i>	26
2.1.3.5.1 Sistema de Triagem Pré-hospitalar.....	27
2.1.3.5.1.1 Simple Triage and Rapid Treatment System (STARTS)	27
2.1.3.5.1.2 Sistema de Triagem de Trauma	29
2.1.3.5.1.3 Sistema de Triagem Clínica Telefónica	31

2.1.3.5.2 Sistema de Triagem Hospitalar	32
2.1.3.5.2.1 Emergency Severity Index	32
2.1.3.5.2.2 Manchester Triage Scale	35
2.1.3.5.2.3 Canadian Triage and Acuity Scale	39
2.1.3.5.2.4 Australasian Triage Scale	41
2.1.3.5.2.5 Outros Sistemas de Triagem	44
2.1.3.6 <i>Profissionais Triadores</i>	46
2.1.3.7 <i>Súmula</i>	47
2.2 REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS DO SNS	50
3. METODOLOGIA	57
3.1 TIPO DE ESTUDO	57
3.1.1 Investigação Qualitativa	57
3.1.2 Perspectiva Fenomenológica	58
3.1.3 Estudo de Caso de Observação	59
3.1.3.1 <i>Técnica de colheita de dados – Entrevista</i>	59
3.1.3.2 <i>População Alvo</i>	61
3.1.3.3 <i>Amostra/ Sujeitos de Investigação</i>	61
3.1.3.3.1 Critérios de Inclusão	61
3.1.3.3.2 Método de Amostragem.....	63
3.1.3.3.3 Caracterização dos Sujeitos de Investigação.....	64
3.1.3.4 <i>Local de Colheita de Dados</i>	64
3.1.3.5 <i>Aspectos ético-deontológicos</i>	66
3.1.3.5 <i>Técnica de Análise dos Dados – Análise de Conteúdo</i>	66
4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	71

5. DISCUSSÃO DOS DADOS.....	90
6. RECOMENDAÇÕES.....	106
6.1 SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES SUBSEQUENTES	108
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
8. ANEXOS	116
ANEXO I. Esquema de Decisão de Triagem no Local	
ANEXO II. <i>Canadian Triage & Acuity Scale</i>	
ANEXO III. <i>Clinical descriptors</i> para as categorias de urgência do <i>Australasian Triage Scale</i>	
ANEXO IV. ST em Ambiente Pré-hospitalar	
ANEXO V. ST em Ambiente Hospitalar	
ANEXO VI. Guião de Entrevista	
ANEXO VII. Grelhas de Análise de Conteúdo	
ANEXO VIII. Apresentação Detalhada dos Dados	

ÍNDICE DE TABELAS

1.	Categorias de urgência. Exemplos de diferentes ST	26
2.	Categorias de urgência do <i>Manchester Triage System</i>	37
3.	Hospitais onde o <i>Manchester Triage System</i> está implementado	39
4.	Fluxogramas do <i>Manchester Triage System</i>	39
5.	Categorias de urgência do <i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>	41
6.	Categorias de urgência, tempos de espera recomendados e performance do <i>Australasian Triage Scale</i>	44
7.	Caracterização dos sujeitos da investigação	65
8.	Súmula da análise de conteúdo	69

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Algoritmo da Triagem de Adultos em Catástrofe ou Grande Incidente	29
2. Algoritmo do <i>Emergency Severity Index</i> , com 5 níveis de triagem/ categorias de urgência	35
3. Fluxograma “Indisposição no adulto” do <i>Manchester Triage System</i>	38

LISTA DE ABREVIATURAS

ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
ACSCT	<i>American College of Surgeons Committee on Trauma</i>
ARS	Area Regional de Saúde
CS	Centro de Saúde
CT	Centro de Trauma
CTAS	<i>Canadian Triage & Acuity Scale</i>
CTAPRU	Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências
ED	<i>Emergency Department</i>
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
IMV	Incidentes com Múltiplas Vítimas
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCD	Meios Complementares de Diagnóstico
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
PR	Pontos de Rede
PRU	Pontos de Rede de Urgência
PRU	Proposta de Requalificação das Urgências
RR	Rede de Referência
RRU	Rede de Referência de Urgências
RSU	Requalificação dos Serviços de Urgência
RU	Rede de Urgências
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SASU	Serviço de Atendimento de Situações Urgentes
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Serviço(s) de Saúde

ST	Sistema(s) de Triagem
STARTS	<i>Simple Triage and Rapid Treatment System</i>
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SU	Serviço(s) de Urgência(s)
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUB	Serviço de Urgência Básica

0. INTRODUÇÃO

É sabido que, em Portugal, os Serviços de Urgência (SU) são deveras procurados pelos cidadãos/ utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), colocando muitas vezes em causa a missão daqueles Serviços, isto é, a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos/ utentes em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Tal facto deve-se à não experimentação das referidas situações pelos cidadãos/ utentes.

Entende-se por situação de doença e/ ou lesão emergente, aquela onde é iminente ou está instalada a falência das funções vitais [Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU), 2007]. Constitui uma situação de doença e/ ou lesão urgente, aquela onde existe risco de falência das funções vitais (CTAPRU, 2007). Segundo a CTAPRU (2007), existem muitas outras situações, agudas, i.e., com aparecimento recente, que não sendo consideradas emergentes nem urgentes, carecem de resolução rápida, no mesmo dia ou em horas, em Consulta aberta a situações não programadas, i.e., sem marcação prévia. Estas últimas não são consideradas verdadeiras urgências, mas, na realidade portuguesa, têm sido incorrectamente encaminhadas e resolvidas nos SU. Tal facto confere prejuízo evidente para os cidadãos/ utentes que realmente carecem dos cuidados diferenciados dos SU, nomeadamente aqueles que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes (CTAPRU, 2007). Estes cidadãos/ utentes vêem o seu atendimento comprometido, entenda-se atrasado e complicado, pelo recurso indevido dos cidadãos/ utentes em situações não urgentes aos SU. Com isto, verifica-se uma sobrecarga do funcionamento dos SU para além dos limites aceitáveis (CTAPRU, 2007).

Alguns estudos têm sido feitos no intuito de perceber e identificar os motivos da enorme procura dos SU. Da prática de cuidados de enfermagem num SU, surgem diferentes opiniões relativamente a tal procura, nomeadamente:

- ◆ A existência, ao nível hospitalar, de atendimento médico especializado, coadjuvado de recursos humanos, recursos materiais, equipamentos e terapêutica igualmente especializada, muitas vezes, inexistentes nos Centros de Saúde (CS) (v.g. MCDT);
- ◆ A existência de uma medicina claramente defensiva ao nível dos CS, que se traduz na referência dos cidadãos/ utentes aos SU (v.g. cidadão/ utente com diagnóstico de Coma Alcoólico);

- ◆ Ao difícil acesso às consultas com o médico de família, ao nível dos CS, no caso de instalação de situação de doença e/ ou lesão aguda no cidadão/ utente, não emergente, nem urgente, durante o período de funcionamento normal do CS (v.g. inexistência de vagas para consulta);
- ◆ A inexistência de Consultas abertas a cidadãos/ utentes que experimentam situações que não carecem do atendimento diferenciado e dispendioso do SU, quer nas estruturas da comunidade, quer nas estruturas hospitalares, durante as 24 horas diárias;
- ◆ A escassez de informação nos cidadãos/ utentes relativa:
 - À existência de estruturas na comunidade próprias para atender cidadãos/ utentes que não experimentam situações de doença e/ ou lesões emergentes ou urgentes e respectivos horários de funcionamento;
 - Aos sinais e sintomas que indiciam a presença de situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes.

De acordo com a CTAPRU (2006), a procura dos SU deve-se também à grande confusão de conceitos entre Serviço de Atendimento Permanente (SAP) e Serviço de Urgência (SU). Tratando-se de conceitos diferentes, o primeiro constitui um recurso para a Consulta não programada em horário prolongado, e o segundo, o local adequado para a abordagem das situações emergentes e urgentes. A comissão considera que a incompreensão destes conceitos, transformou o SU em unidades de resposta a todo o tipo de “padecimentos” e “problemas”, deturpando a missão do SU e sobrecarregando o mesmo com casos indevidos, que colocam em causa o seu bom funcionamento (CTAPRU, 2006).

No contexto actual de Requalificação das Urgências do SNS, cujas motivações constituem (CTAPRU, 2007):

- ◆ A determinação das melhores soluções para a promoção da equidade de acesso dos cidadãos;
- ◆ A defesa de uma política de verdade sobre os SU;
- ◆ A procura de soluções que beneficiem os cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes,

a implementação e a aplicação do STM nos SU dos hospitais portugueses continua a ser uma preocupação dos gestores dos Serviços de Saúde (SS).

O STM consiste num instrumento de gestão de prioridades/ categorias de urgência, que procura identificar, de forma organizada e sistematizada, os cidadãos/ utentes em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente, para que sejam atendidos primeiramente. Deste modo, a missão destes Serviços poderá considerar-se praticamente assegurada. Não é na sua totalidade, dado a aplicação deste instrumento em Portugal, não permitir referenciar os cidadãos/ utentes que procuram o SU e não experimentam situações de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente, para outras estruturas de saúde na comunidade, nomeadamente os CS e outras estruturas que integram a própria estrutura hospitalar, diferentes do SU. É sabido que algumas estruturas hospitalares estão a experimentar novas tácticas organizativas dos SU, deslocando os cidadãos/ utentes que recorrem ao SU, classificados com categorias de urgência “pouco urgente” e “não urgente”, para um espaço de Consulta, onde se procede ao atendimento daqueles cidadãos/ utentes. Faça-se um pequeno parêntesis, trata-se de uma táctica bem intencionada, embora nem sempre bem aplicada, quando os recursos utilizados continuam a ser os recursos dos SU. Assim, enquanto o SU não atender única e exclusivamente cidadãos/ utentes que carecem dos cuidados diferenciados dos SU, as estruturas hospitalares vêem comprometida a missão dos seus SU.

O STM trata-se, no contexto da Requalificação das Urgências do SNS, de uma “solução” para a promoção da equidade do acesso dos cidadãos/ utentes aos SU, isto é, a promoção da redistribuição dos recursos que constituem os SU (recursos humanos e materiais, equipamentos e meios), de acordo com as necessidades dos próprios cidadãos/ utentes do SU. Os cidadãos/ utentes que efectivamente carecem dos cuidados diferenciados do SU, por experimentarem situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes, deverão ter ao seu dispor todos os recursos que necessitam do SU, pois é para eles que ele existe. O STM poderá assim beneficiar os cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes.

Dada a relevância do STM no tema actual da Requalificação das Urgências do SNS e, conseqüentemente, na concretização da missão dos SU, todos os aspectos inerentes à implementação e à manutenção deste ST ao nível das estruturas de saúde, constituirão alvo de interesse das mesmas. Como tal, bem como pelo facto do STM constituir instrumento da prática diária de cuidados de enfermagem da autora do presente estudo, num SU de um hospital português, portanto motivo de interesse pessoal, surge como objecto de estudo da presente dissertação de mestrado.

A presente dissertação de mestrado, denominada “Impacto da Relação Cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgência do SNS”, constitui requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde.

1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO, QUESTÕES DE PARTIDA E OBJECTIVOS

1.1 Problema de Investigação

A enorme procura dos SU pelos cidadãos/ utentes do SNS trata-se de uma realidade actual e que se prolonga no tempo. Tal procura foi verificada pela autora do estudo na sua prática diária de cuidados de enfermagem e numa visita ao SU de um hospital português, onde também se encontra implementado o STM. A visita integra a fase exploratória¹ do projecto de investigação, na qual decorreram conversas informais sobre a aplicação diária do STM com um dos membros do Conselho de Administração, Enfermeiro Chefe e Enfermeiros Triadores do SU. Nesta visita procedeu-se também à observação da triagem dos cidadãos/ utentes daquele SU, no espaço físico destinado para o efeito.

Para além da enorme procura do SU constatada na fase exploratória do projecto de investigação, equaciona-se a possibilidade dos cidadãos/ utentes deterem conhecimento sobre o STM, resultante do contacto frequente com o mesmo, e utilizarem-no no intuito de lhes ser atribuída uma prioridade/ categoria de urgência mais elevada, conseqüentemente um atendimento mais rápido. Tal facto é evidente em expressões do tipo:

- ◆ “Hoje tenho cor verde, mas no dia X vim com o mesmo problema e deram-me cor laranja.”;
- ◆ “Tenho uma dor forte no braço esquerdo, mas parece que tenho também aqui uma dor no peito².”;
- ◆ “Tenho uma dor de morrer³.”

Parece que os cidadãos/ utentes identificaram sinais e sintomas que lhes conferem uma prioridade/ categoria de urgência mais elevada, referindo-os, mesmo que não os experimentem, e tendem a exagerar os sinais e/ ou sintomas que experimentam (v.g. dor).

¹ De acordo com Quivy (2003), numa fase inicial do processo de investigação surge a necessidade de explorar o campo do objecto de estudo, de modo a adoptar uma abordagem penetrante do mesmo e, assim, encontrar ideias e pistas de reflexão esclarecedoras. É neste contexto que surge a visita realizada.

² Considere-se dor torácica anterior, à esquerda.

³ O cidadão/ utente refere uma dor intensa, embora não evidencie os sinais e/ ou sintomas sugestivos de uma dor intensa, “de morrer” como refere.

Aquando da visita ao SU do hospital português, o Conselho de Administração revelou ter ocorrido no ano de 2003, um aumento do número de cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência “Laranja” e “Amarela”, “Muito Urgente” e “Urgente”, respectivamente, em detrimento das categorias de urgência “Verde” e “Azul”, “Pouco Urgente” e “Não Urgente”, respectivamente.

Dos dados e informações obtidos resultam as questões de investigação.

1.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Talbot (1995), citado por Fortin (1996, p.101), “as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação”. Fortin (1996) considera as questões de investigação enunciados interrogativos, precisos, escritos no presente, que incluem uma ou duas variáveis e a população a estudar. Considera também que as questões de investigação precisam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas (Fortin, 1996). Contudo acrescenta que quando estamos perante um problema de investigação que não fora estudado ou existem poucos estudos realizados sobre o mesmo, o investigador poderá enunciar questões de investigação mais gerais (Fortin, 1996).

Assim constituem questões de investigação do presente estudo:

- ◆ Qual o conhecimento dos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português sobre o STM?
- ◆ Qual o impacto do conhecimento dos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português sobre o STM no aumento do número de cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência "Muito Urgente" e "Urgente"?
- ◆ Qual a predisposição dos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português para simularem e/ ou exagerarem os seus sinais e/ ou sintomas, de modo a obterem uma categoria de urgência mais elevada?
- ◆ Qual o impacto da predisposição dos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português para simularem e/ ou exagerarem os seus sinais e/ ou sintomas no aumento do número de cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência "Muito Urgente" e "Urgente"?

O estudo pretende não só dar resposta às questões de investigação anteriormente formuladas, como pretende também fazer uma análise mais alargada da aplicação do STM

num SU de um hospital português, no contexto actual da Requalificação das Urgências do SNS. Deste modo, acrescentam-se as questões de investigação:

- ◆ Quais os motivos responsáveis pela enorme procura do SU de um hospital português?
- ◆ Quais as vantagens e desvantagens da aplicação do STM num SU de um hospital português?
- ◆ Qual o papel do STM na Requalificação das Urgências do SNS?
- ◆ Constituirá o STM, de entre os ST conhecidos, a melhor “solução” para a Requalificação das Urgências do SNS, em ambiente hospitalar?

1.3 OBJECTIVOS

Na tentativa de obter respostas às questões de investigação, definem-se os objectivos.

Fortin (1996, p. 99) considera que “o objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter resposta às questões de investigação”.

Segundo Fortin (1996, 100), o objectivo de um estudo trata-se de um “enunciado declarativo, que percisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”. A última (orientação da investigação) relaciona-se com os conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

No domínio do presente estudo, o conhecimento é inexistente. Não existem trabalhos anteriores e teorias que possam apoiar as questões de investigação. Deste modo considera-se que o estudo se encontra no nível I do conhecimento, sendo que é seu objectivo:

- ◆ Explorar o domínio em profundidade;
- ◆ Explorar o conceito para extrair dele todas as manifestações com vista a descrever o fenómeno” (Fortin, 1996).

1.3.1 Gerais

- ◆ Caracterizar o papel do STM na Requalificação das Urgências do SNS;
- ◆ Caracterizar o impacto da relação cidadãos/ utentes do SU de um hospital português – STM na Requalificação de um SU do SNS;

- ◆ Esclarecer a relação entre os ST, em geral, e o STM, em particular, e a Requalificação das Urgências do SNS,

1.3.2 Específicos

- ◆ Descrever as vantagens e desvantagens da aplicação do STM no SU de um hospital português;
- ◆ Descrever o conhecimento dos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português sobre o STM;
- ◆ Explorar e descrever os critérios reconhecidos pelos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português, determinantes da categoria de urgência atribuída;
- ◆ Explorar o impacto do conhecimento dos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português sobre o STM no aumento do número de cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência "Muito Urgente" e "Urgente";
- ◆ Explorar a existência de predisposição dos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português para simularem e/ ou exagerarem sinais e/ ou sintomas, de modo a serem atribuída uma categoria de urgência mais elevada, que se traduz num atendimento mais rápido;
- ◆ Descrever as situações (incluem-se os sinais e/ ou sintomas) identificadas pelos cidadãos/ utentes do SU de um hospital português possíveis de serem simulados e/ ou exagerados pelos mesmos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 TRIAGEM

2.1.1 Evolução histórica

O termo Triagem deriva da palavra francesa “*trier*”, que significa escolher, seleccionar, separar. Remonta ao exército francês, que utilizava o termo para designar um “hospital de evacuação” de soldados feridos (Bracken *in* Sheehy, 2000). O exército americano utilizava-o para designar um centro onde eram reunidos os soldados feridos, a serem posteriormente evacuados para hospitais de apoio (Bracken *in* Sheehy, 2000). Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser utilizado para denominar o processo de identificação de soldados feridos que, após intervenção médica, teriam maior probabilidade de voltar ao campo de batalha (Bracken *in* Sheehy, 2000). Ao longo das guerras da Coreia e do Vietname verificou-se um melhoramento do processo de triagem, que procurava obter o máximo benefício para o maior número de soldados feridos (Bracken *in* Sheehy, 2000).

O termo Triagem surge também em Catástrofe e Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV) (v.g. sismo e acidente de autocarro, respectivamente) (Bracken *in* Sheehy, 2000). Tratam-se de acontecimentos excepcionais dos quais resulta um elevado número de vítimas para os equipamentos, recursos humanos e materiais existentes. Assim surge a necessidade de serem identificadas as vítimas que têm maior probabilidade de sobreviver, aplicarem-se os primeiros tratamentos e proceder-se à evacuação e encaminhamento das mesmas para os hospitais e/ ou outras estruturas de saúde na comunidade, capazes de responder adequadamente às necessidades das vítimas (v.g. CS).

No início da década de 60 (1960), a Triagem assoma nos SU em ambiente hospitalar (Derlet, 2003). Beveridge, Clarke, Janes *et al* (1998) consideram existir o processo de triagem, mais ou menos formalizado, desde a abertura do primeiro SU, i.e., desde que existe a necessidade de se identificarem os cidadãos/ utentes que experimentam situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente.

Nos SU de países como os EUA, Canadá, Austrália e Inglaterra, o processo de Triagem foi-se desenvolvendo, dada a enorme procura deste tipo de Serviços por cidadãos/ utentes que não careciam dos seus recursos, por não experimentarem situações de doença e/

ou lesão emergente e/ ou urgente (Bracken *in* Sheehy, 2000). A enorme procura dos SU devia-se essencialmente à falta de Serviços de atendimento para esses cidadãos/ utentes, maioritariamente Não-Urgentes, e à falta de acesso dos mesmos aos Cuidados de Saúde Primários (Bracken *in* Sheehy, 2000).

Dada a persistência deste problema nos SU, os profissionais e gestores dos Serviços de Saúde procuraram desenvolver e investir em instrumentos de Triagem, i.e., Sistemas de Triagem (ST), que procurassem fazer uma melhor selecção dos cidadãos/ utentes que experimentavam situações de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Deste modo, procuravam conseguir a missão dos SU, a prestação de cuidados ao cidadão/ utente em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente.

2.1.2. Conceito

Muitas são as definições de Triagem encontradas, grande parte relativas à Triagem em ambiente hospitalar, ao nível dos SU, dada a relevante e persistente procura dos mesmos. Assim, Triagem consiste:

“Process by which a patient is assessed upon arrival to determine the urgency of the problem and to designate appropriate health care resources to care for the identified problem.” (Cook & Sinclair, 1997, p.889);

“Processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada no Serviço de Urgência” (Bracken *in* Sheehy, 2000, p.117);

Processo *“commonly used for prioritization of patients on the basis of their medical condition in normal emergency medicine practice”*. (Pesik, Keim & Iseron, 2001, p.643);

“Dynamic decision-making process that prioritises a persons need for medical care on arrival at an ED” (Gerdtz & Bucknall (2001) *in* Cronin, 2003, p.122);

“Process that involves a nurse assessing, a patient upon arrival in the Emergency Department and assigning to that patient a level of priority for care based on their acuity.” (Cheung, Heeney e Pound, 2002, p.10);

“Method of categorization based upon a number of concerns, including severity of illness or injury, prioritization of patients for treatment and making the most of ED operations.” (Travers, Waller, Bowling *et al*, 2002, p.396);

“Is a brief clinical assessment that determines the time and sequence in which patients should be seen in the ED or, if in the field, the speed of transport and choice of hospital destination.” (Derlet, 2003, p.1).

Outras definições de triagem surgem em ambiente pré-hospitalar:

*“Identificar os pacientes que podem ter lesões graves e assegurar que serão transportados para um centro de trauma apropriado” (Comité do PHTLS da *National Association of Emergency Medical Technicians* & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 2004, p.364);*

“Is a management process for sorting casualties into groups based on their need for priority treatment or evacuation. It precedes more advanced care.” (International Committee of the Red Cross, 2006, p.115).

2.1.3 Sistemas de Triagem

Um ST trata-se de uma forma organizada e sistematizada de se fazer triagem. São vários os ST que se apresentam nos diferentes ambientes, hospitalar e pré-hospitalar. Naturalmente dotados de características que lhes são próprias, os ST têm um objectivo principal comum, o de auxiliar o profissional de saúde a identificar rapidamente os cidadãos/ utentes em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente.

Os ST são uma realidade vigente em países como Portugal, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, EUA e Canadá. Alguns destes países são pioneiros na elaboração de ST, outros adaptam-nos às suas realidades, resultando, por vezes, daí, novos ST. O desenvolvimento dos ST surge da interacção do ST com a envolvente, que em permanente mudança, confere novas necessidades aos cidadãos/ utentes (v.g. aumento da esperança de vida com a evolução tecnológica, que resulta na admissão de cidadãos/ utentes mais complexos nos SU). Para uma melhor resposta dos SU às novas necessidades dos cidadãos/ utentes, os profissionais e gestores da saúde têm necessidade de adequar os ST às novas realidades.

2.1.3.1 Objectivos

Segundo Beveridge, Clarke, Janes *et al* (1998), Bracken *in* Sheehy (2000) e Cordeiro (2002), o ST no SU tem como objectivos:

- ◆ Identificar rapidamente os cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergente e /ou urgente;
- ◆ Avaliar precocemente todos os cidadãos/ utentes, de modo a assegurar-lhes a prioridade de acesso aos cuidados de que necessitam, de acordo com a gravidade da sua situação de doença e/ ou lesão;
- ◆ Antecipar exames complementares de diagnóstico e terapêutica ao atendimento médico, de acordo com protocolos definidos;
- ◆ Determinar a área mais adequada para o atendimento do cidadão/ utente que recorre ao SU [espaço de consulta não programada no hospital ou espaço de consulta não programada numa outra estrutura de saúde da comunidade (v.g. Centro de Saúde)]. Travers, Waller, Bowling *et al* (2002) consideram que um ST só é valido, se o mesmo for capaz de determinar quais os cidadãos/ utentes que precisam efectivamente de ser atendidos no SU.
- ◆ Descongestionar os SU e regular a afluência dos cidadãos/ utentes aos SU;

2.1.3.2 *Pontos fortes e pontos fracos*

Os ST são processos e, como tal, apresentam pontos fortes e pontos fracos. De acordo com alguns autores, entre os quais Cordeiro (2002), um ST:

Pontos Fortes:

- ◆ Diminui o tempo de espera dos cidadãos/ utentes que experimentam situações emergentes e/ ou urgentes;
- ◆ Diminui a ansiedade dos cidadãos/ utentes e acompanhantes, com a promoção de um ambiente seguro;
- ◆ Evita a duplicação de funções, com a orientação dos cidadãos/ utentes para as estruturas e/ ou áreas de atendimento adequadas à sua situação de doença e/ ou lesão (v.g. encaminhamento do cidadão/ utente com patologia do foro cirúrgico para o gabinete de Cirurgia Geral);
- ◆ Melhora o planeamento e a organização da prestação de cuidados de saúde;
- ◆ Melhora a qualidade dos cuidados prestados;

- ◆ Optimiza a utilização dos equipamentos, recursos materiais e humanos do SU;
- ◆ Diminui o tempo de permanência dos cidadãos/ utentes e acompanhantes no SU;
- ◆ Aumenta o grau de satisfação dos cidadãos/ utentes e acompanhantes, relativo ao atendimento,

Pontos Fracos:

- ◆ Aumenta o tempo de espera dos cidadãos/ utentes que, necessitando de cuidados diferenciados, seriam observados mais prontamente se o critério de selecção fosse “Ordem de chegada ao SU”;
- ◆ É um processo dispendioso, principalmente na fase de implementação do ST, para o qual há um grande investimento nas infra-estruturas e na formação dos profissionais de saúde;
- ◆ Promove o desperdício de recursos humanos nos momentos de menor afluxo de cidadãos/ utentes ao SU.

2.1.3.3 *Funções principais e secundárias*

Bracken *in* Sheehy (2000) faz a distinção entre funções principais e secundárias dos ST. Considera que as funções principais prendem-se com a avaliação e reavaliação da queixa do cidadão/ utente, breve história, exame físico e avaliação dos sinais vitais. As funções secundárias compreendem tarefas do âmbito administrativo, nomeadamente indicações, informações telefónicas, avaliação do cidadão/ utente na ambulância, envio de ambulância, aprovisionamento de material, limpeza, manutenção do equipamento, controlo de aglomerado de pessoas e segurança.

É sabido que nem todos os ST vigentes preconizam as funções referidas, como a montante poderá indagar-se (Anexos IV e V). Tal facto depende, como refere Bracken *in* Sheehy (2000), do fluxo diário de cidadãos/ utentes ao SU, dos recursos humanos do mesmo, da existência de consultas externas e hospital de dia, da disponibilidade das áreas de tratamento especializado e das limitações de natureza ambiental, legal e administrativa.

2.1.3.4 *Categorias de urgência*

A categoria de urgência ou prioridade consiste no resultado de uma pequena avaliação do cidadão/ utente, com determinação dos sinais vitais, consoante o motivo que o levou ao SU (Derlet, 2003). A aparência e o estado mental do cidadão/ utente, a história da doença ou do acidente são também aspectos importantes a considerar na atribuição de uma categoria de urgência (Derlet, 2003).

A categoria de urgência traduz um período de tempo que o cidadão/ utente poderá vir a aguardar para ser atendido pelo médico, realizar exames complementares de diagnóstico (v.g. Electrocardiograma) e terapêutica e/ ou outros procedimentos (v.g. imobilização provisória dos membros), sem que dele advenha qualquer tipo de prejuízo para a sua situação de doença e/ ou lesão.

Estão descritos ST cujas categorias de urgência variam entre duas a cinco (Tab.1.). Os ST mais comumente utilizados apresentam quatro e cinco categorias de urgência. A tendência actual consiste em generalizar todos os ST a cinco categorias de urgência (Wood, 2004).

Tabela 1. Categorias de urgência. Exemplos de diferentes ST.

NÚMERO	CATEGORIAS DE URGÊNCIA
Duas	<i>Urgente</i> <i>Não urgente</i>
Três	Emergent Urgent Non urgent
Quatro	Obvious emergency Strong potencial for emergency Potencial emergency Non-emergency
Cinco	<i>Emergente</i> <i>Muito urgente</i> <i>Urgente</i> <i>Pouco urgente</i> <i>Não urgente</i>

A adopção de cinco categorias de urgência num ST confere ao SU que o aplica a possibilidade de prestar cuidados diferenciados ao cidadão/ utente (Bracken *in* Sheehy, 2000), identificar os cidadãos/utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão mais graves (Derlet, 2003) e “*decreases the ambiguity of who is the most acute patient*” [Auffrey (2004), citado por Wood (2004, p.1)].

Em 2002, o *Journal of Emergency Nursing* publicou o artigo denominado “*Five-Level Triage System More Effective Than Three in Tertiary Emergency Department*”, resultado de um estudo cujo objectivo consistiu em comparar duas versões de um ST, o *Emergency Severity Index (ESI)*, quanto à “*reality*” e “*validity*”. As versões do ST estudado diferiam no número de categorias de urgência, sendo que uma versão apresentava três e a outra, cinco categorias de urgência (Travers, Waller, Bowling *et al*, 2002). Do estudo, os autores concluíram que a versão mais recente do *ESI*, com cinco categorias de urgência, para além de ser mais segura, permite uma melhor discriminação dos cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão mais graves. Consideram-na portanto uma versão mais sensível, específica, verdadeira e válida, relativamente à versão do *ESI* com três categorias de urgência (Travers, Waller, Bowling *et al*, 2002).

2.1.3.5 Validade

Tanabe, Yarnold, Adams *et al* (2004, p.23) consideram que “*a valid triage system would not only be able to accurately identify and sort patients based on acuity, but would also be able to accurately predict which patients will need hospital admission and accurately predict intensity of hospital resources required during the emergency department stay*”. Consideram também que “*The validity of triage systems has been assessed by comparing admission rates, emergency department resource use, and mortality, to triage levels. A valid triage system will have low admission rates for low acuity rating and require few emergency department resources*” (Tanabe, Yarnold, Adams *et al*, 2004, p.23). Indicadores que, quando comparados para realidades semelhantes, permitem opinar sobre as melhores práticas (*benchmarking*) (Tanabe, Yarnold, Adams *et al*, 2004).

2.1.3.6 Tipos de Sistemas de Triagem

Existem diferentes tipos de ST, como anteriormente referido. Os ST podem distinguir-se quanto ao profissional triador, à profundidade da triagem efectuada, à existência de algoritmos de triagem (árvores decisionais), à existência de protocolos de actuação

associados, ao número de categorias de urgência, ao ambiente e contexto onde se aplicam e os recursos, equipamentos e meios que envolvem (Anexos IV e V).

Constituem ST:

- ◆ Sistema de Triagem Pré-hospitalar:
 - *Simple Triage and Rapid Treatment System*;
 - Sistema de Triagem de Trauma,
- ◆ Sistema de Triagem Telefônica;
- ◆ Sistema de Triagem Hospitalar, ao nível do SU:
 - *Emergency Severity Index*;
 - *Manchester Triage Scale*;
 - *Canadian Triage and Acuity Scale*;
 - *Australian Triage Scale*.

2.1.3.5.1 Sistemas de Triagem Pré-hospitalar

Os ST Pré-hospitalares englobam todos aqueles que impliquem a triagem de cidadãos/ utentes num ambiente exterior ao hospital, denominado pré-hospitalar, como sejam: domicílio dos cidadãos/ utentes, via pública, estabelecimentos públicos (v.g. Cafés) e outras estruturas de saúde, que não prestam cuidados diferenciados no âmbito da emergência e urgência (v.g. Centros de Saúde).

2.1.3.5.1.1 Simple Triage and Rapid Treatment System (STARTS)

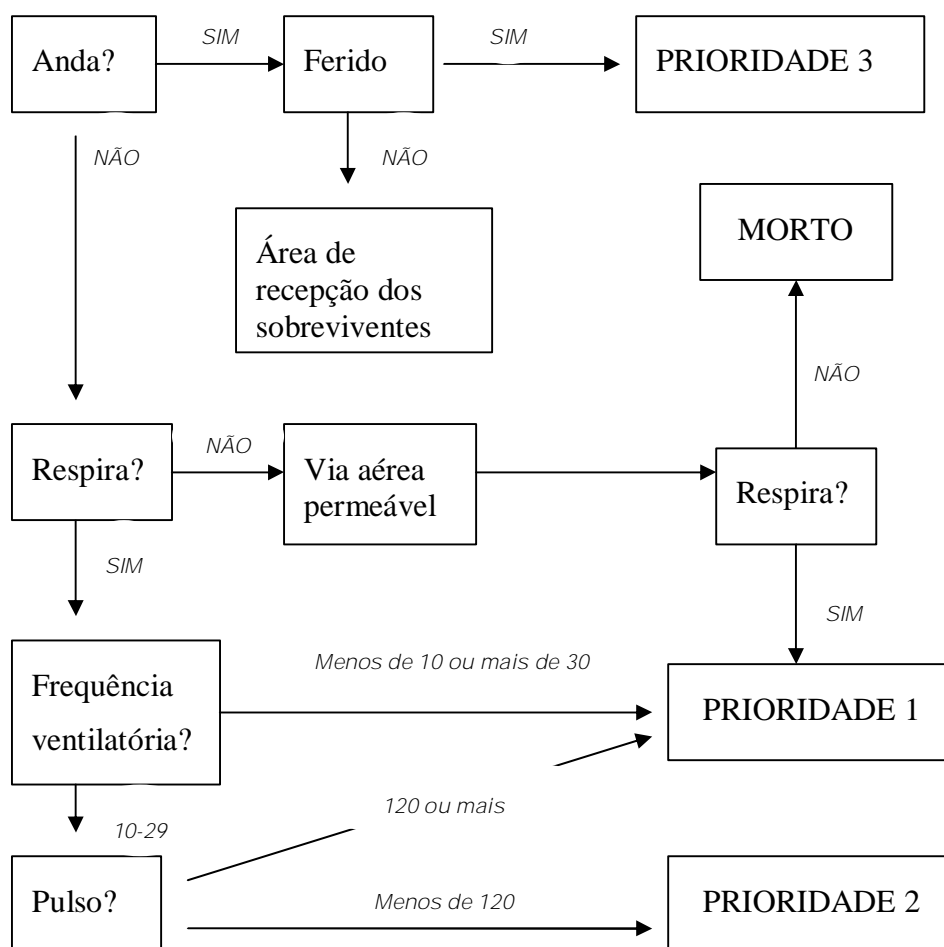
O *Simple Triage and Rapid Treatment System (STARTS)* foi desenvolvido na década de 80 (1980), na Califórnia, pelo *Hoag Memorial Hospital* e pelo *Newport Beach Fire Department* (Streger, 1998). Destinava-se a ser utilizado pelos serviços de emergência do *Orange County* (California) (Streger, 1998), em situações de Catástrofe e/ ou de Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV).

As Catástrofes e os IMV produzem geralmente grande destruição, sofrimento e um elevado número de mortos (Wilson *in* Sheehy, 2000). Nestes acontecimentos, o número de vítimas supera grandemente os recursos dos SU. Por este motivo, é fulcral fazer um bom uso dos “escassos” recursos, de modo a beneficiar um maior número de vítimas (International

Comité of Red Cros, 2006). Tal facto poderá ser conseguido através da adopção de um ST que, segundo Streger (1998), determine rapidamente a gravidade das lesões, não requeira grande capacidade de diagnóstico, integre procedimentos básicos de tratamento e estabilização e seja de fácil aprendizagem, como é o *STARTS*.

Segundo Derlet (2003, p.1), o *STARTS* consiste num "dynamic process occurring at several levels in the system to rapidly identify patients with critical injuries from the total number of presenting casualties". Identificadas as vítimas, prestam-se os tratamentos necessários à sobrevivência das mesmas, por ordem de gravidade, i.e., de categoria de urgência atribuída, prosseguindo-se com a evacuação e encaminhamento das vítimas para as estruturas de saúde ou para o domicílio (Bracken *in* Sheehy, 2000).

Figura 1. Algoritmo da Triagem de Adultos em Catástrofe ou IMV (Adaptado de INEM, 2005)



O processo de triagem do *STARTS* inicia com o pedido às vítimas que caminhem para um local seguro (Fig. 1. Algoritmo da Triagem de Adultos em Catástrofe ou Grande Incidente). O *STARTS* considera que as vítimas que conseguem andar não necessitam de atendimento imediato, sendo classificadas com prioridade 3 ou “verde” (Streger, 1998). Ao mesmo tempo, as restantes vítimas são avaliadas quanto à presença ou ausência de ventilação, perfusão capilar e estado de consciência, continuando assim a aplicação do algoritmo de triagem:

- ◆ Se a vítima não está a respirar, ajustar a sua cabeça e limpar a via aérea. Se este procedimento não restaurar a respiração, não há, enquanto situação de catástrofe ou de IMV, capacidade para a ajudar. A vítima é considerada falecida, sendo-lhe atribuída a prioridade 4 ou cor preta. Se a vítima começa a respirar, é-lhe atribuída a prioridade 1 ou cor vermelha (Streger, 1998);
- ◆ Se a vítima respira, procede-se à avaliação da respiração:
 - FR > 30 ou < 10 cpm, a vítima é classificada com prioridade 1 ou cor vermelha (INEM, 2005). Streger (1998) considera apenas “FR > 30 cpm” critério para atribuir prioridade 1 ou cor vermelha;
 - FR < 30 cpm, procede-se à avaliação do estado da circulação, através do preenchimento capilar:
 - Se o preenchimento capilar for superior a 2 segundos, é atribuída à vítima prioridade 1 ou cor vermelha. Se o preenchimento capilar for inferior a 2 segundos, procedesse à avaliação do estado de consciência, pedindo à vítima que cumpra uma ordem simples. O não cumprimento da ordem confere à vítima uma prioridade 1 ou cor vermelha. O cumprimento da ordem confere à vítima uma prioridade 2 ou cor amarela.

Da descrição anterior distinguem-se quatro critérios de triagem: a capacidade de andar, a presença ou ausência de ventilação, o tempo de preenchimento capilar e o estado de consciência (Streger, 1998). Entendeu-se também a existência de quatro categorias de urgência [(Streger, 1998), (INEM, 2005), (International Comité of Red Cross, 2006)]:

- ◆ Prioridade 1, “vermelha”, “imediato” ou “*urgent*” (revela a necessidade da vítima receber um tratamento e evacuação imediatos);
- ◆ Prioridade 2, “amarela”, “urgente” ou “*serious*” (significa a aplicação de tratamento a vítima com lesão(ões) grave(s), mas que não carece(m) de tratamento

e evacuação imediatos, contudo trata-se de uma vítima cujo estado tende a agravar em pouco tempo);

- ◆ Prioridade 3, “verde”, “retardado” ou “*wait*” (manifesta a necessidade da vítima receber tratamento hospitalar nos dias subsequente ao acontecimento (v.g. sutura de feridas);
- ◆ Prioridade 4, “preta” ou “morto” ou “*not to be treated or moved*” (designa que a vítima tem lesões muito graves, que lhes conferem uma pequena, quase nula, probabilidade de sobreviver.

2.1.3.5.1.2 Sistema de Triagem de Trauma

De uma forma geral, todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento têm definidas formas de abordar a vítima de trauma. Essa abordagem passa pela avaliação da vítima, execução de procedimentos (v.g. colocação do colar cervical), tratamentos (v.g. administração de analgesia), encaminhamento e transporte da vítima. É destes últimos itens, encaminhamento e transporte da vítima, que os STT tratam (Comité do PHTLS da *National Association of Emergency Medical Technicians* & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 2004).

Os Sistemas de Triagem de Trauma (STT) auxiliam a tomada de decisão relativa ao meio mais adequado para transportar a vítima (v.g. helicóptero) à estrutura de saúde que melhor responde às suas necessidades, pelos equipamentos e recursos que tem (Comité do PHTLS da *National Association of Emergency Medical Technicians* & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 2004).

O *American College of Surgeons Committee on Trauma (ACSCT)* tem um protocolo de triagem de trauma, cuja aplicação pretende determinar quais as vítimas a serem transportadas para um Centro de Trauma (CT) e, dependendo da estrutura do “sistema de trauma regional” (realidade americana), para que CT. A aplicação do protocolo compreende quatro etapas, cada uma das quais enfatiza um critério de triagem específico no encaminhamento e transporte da vítima de trauma (Anexo I. Esquema de Decisão de Triagem no Local) (Comité do PHTLS da *National Association of Emergency Medical Technicians* & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 2004):

- ◆ A utilização de Critérios Fisiológicos na identificação das vítimas instáveis, de modo a serem transportadas mais rapidamente para o CT de maior complexidade;
- ◆ A avaliação da Anatomia de Lesão para identificar as vítimas fisiologicamente estáveis, mas que têm lesões evidentes e necessitam de atendimento num CT;
- ◆ A compreensão do Mecanismo de Trauma/ Lesão na identificação de vítimas fisiologicamente estáveis e não têm lesões evidentes, mas que, pela elevada energia envolvida no trauma, apresentam alto risco de lesão grave;
- ◆ A identificação de Factores de Co-morbilidade nas vítimas, que possam aumentar o risco de evolução desfavorável da sua situação.

Vários estudos têm sido feitos no intuito de identificar qual o critério de triagem que, em contexto de trauma, melhor traduz as necessidades da vítima [v.g. “Application of field triage guidelines by pré-hospital personnel: is mechanism of injury a valid guideline for patient triage?” (Cooper, 1995)].

Em Portugal, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e das suas equipas no terreno (ambulâncias, viaturas médicas de emergência e reanimação, viatura de intervenção em catástrofe e helicópteros), responsabiliza-se por triar as vítimas de trauma, em meio pré-hospitalar. O INEM também faz uso dos critérios anteriormente referidos (Fisiológicos, Anatomia da Lesão, Mecanismo de Trauma/ Lesão e Factores de Co-morbilidade) para encaminhar e transportar as vítimas de trauma à estrutura hospitalar capaz de responder às necessidades das vítimas.

2.1.3.5.1.3 Sistema de Triagem Clínica Telefónica

O Sistema de Triagem Clínica Telefónica (STCT) surgiu da necessidade que os cidadãos/ utentes tinham e têm de obter aconselhamento e orientação clínica, no período em que as estruturas prestadoras de cuidados de saúde primários e continuados não estão em funcionamento (Lancet, 2001). Essa necessidade pode surgir da instalação de doença aguda ou agudização de doença crónica, resultando geralmente no telefonema ao médico assistente do cidadão/ utente, na procura dos SAP ou SASU e na enorme procura dos SU, com grande utilização do serviço de ambulâncias (Lancet, 2001).

Os STCT encontram-se em estruturas de saúde como os CS e hospitais ao nível do SU, e outras (estruturas) construídas para o efeito, denominadas “*Call Centers*” (Cabral & Galvão, 1999).

Os STCT existem nos EUA, Reino Unido, Alemanha, Portugal, entre outros países.

Um estudo israelita, referido no artigo “*Nurse telephone-triage*” da revista LANCET (2001, 357), revelou que numa amostra de 1600 cidadãos/ utentes de um Serviço de aconselhamento telefónico, 730 foram para um SU e/ ou Centros de Trauma, 360 chamaram um médico e 500 não fizeram qualquer das actividades anteriormente referidas. Em um quarto dos casos não foi accionado o Serviço de Ambulâncias (Lancet, 2001).

Em Portugal, o STCT surge em 1996, com a “Linha Medis” (1996). Em 1999 surge o “Serviço Saúde – 24 Pediatria”. Em 2005, o Ministério da Saúde previa a implementação de um ST telefónica “Antes de ir, telefone” (2005), não tendo sido implementado. Actualmente encontra-se em vigor a “Linha Saúde 24”, a mais recente iniciativa do Ministério da Saúde. Este Serviço funciona nas 24 horas diárias e visa responder às necessidades do cidadão em matéria de saúde. Permite ainda melhorar o acesso aos SS e racionalizar a utilização dos recursos dos SS, encaminhando os cidadãos/ utentes para as estruturas de saúde que dam resposta às necessidades do cidadão/ utente. A “Linha Saúde 24” disponibiliza serviços de triagem, aconselhamento e encaminhamento dos cidadãos/ utentes para as estruturas integradas do SNS (Saúde 24, 2007).

Os STCT revelam-se importantes instrumentos de apoio à gestão dos SS, uma vez que regulam o acesso dos cidadãos/ utentes aos mesmos e permitem que os SS disponham de cuidados de saúde seguros e apropriados (Cabral & Galvão, 1999).

Os STCT têm fundamento científico, um sistema de normas próprio e critérios bem definidos (Cabral & Galvão, 1999). Este tipo de ST utiliza geralmente algoritmos clínicos, por vezes, organizados por módulos (v.g. “Linha Medis – Saúde 24”: Módulo de Pediatria, Módulo de Saúde no Adulto, Módulo de Saúde da Mulher, Módulo de Saúde Mental e Módulo de Geriatria) (Cabral & Galvão, 1999).

Os STCT proporcionam conforto ao cidadão/ utente, na medida que o mesmo percebe o grau de gravidade da sua situação e é orientado em função da sua situação. Estes ST permitem ainda uma eficiente utilização das estruturas de saúde e seus recursos, e o esclarecimento da população relativamente aos cuidados de saúde, que poderão pôr em prática (Cabral & Galvão, 1999). Barber, King, Nichols *et al* (2000, p.2) reforçam “*the proposed benefits of telephone triage are many including patient (or parent) education, improved*

practice satisfaction among participating physicians, and safe and efficient patient use of health care resources”.

Os STCT implicam alguns riscos. Isto quando o conselho não é compreendido pelo cidadão/ utente e este não o aplica, ou quando o conselho fornecido se baseia em dados incompletos ou não correspondem à verdade (Grossman, 2003).

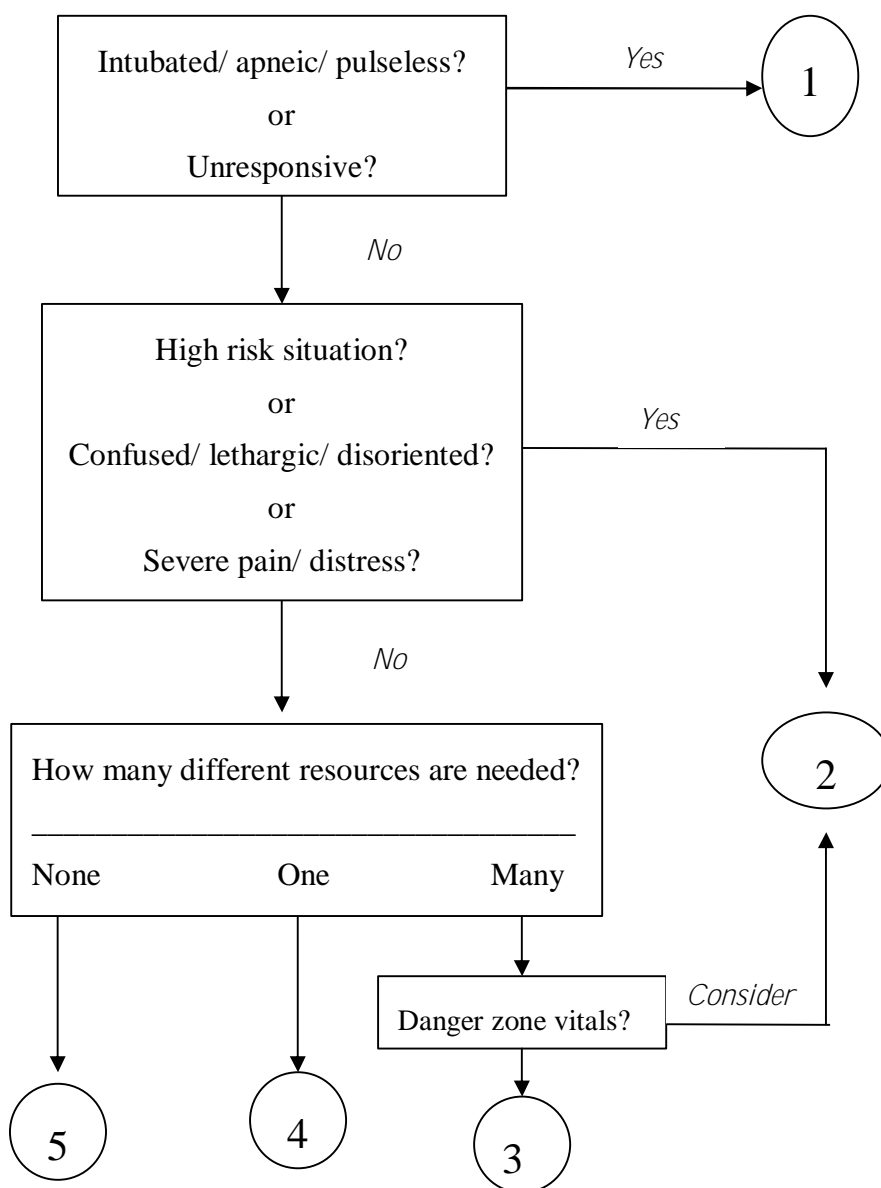
2.1.3.5.2 Sistemas de Triage Hospitalar

2.1.3.5.2.1 Emergency Severity Index

O *Emergency Severity Index (ESI)* é um ST muito popular nos EUA, onde foi concebido e é utilizado. Encontra-se também em uso no Canadá e Austrália, desde 1990 (Tanabe, Yarnold, Adams *et al*, 2004).

O processo de triagem do *ESI* ocorre com a aplicação de um único fluxograma (Fig. 2), que implica, numa primeira etapa, a observação do cidadão/ utente direccionada para a via aérea, ventilação, circulação e estado de consciência. A observação do cidadão vai permitir responder às primeiras questões do fluxograma: “*Intubated?*”; “*Apneic?*”, “*Pulseless?*”; “*Unresponsive?*” (Fig. 2). A resposta afirmativa a uma destas questões determina o nível 1 de urgência, que corresponde a uma situação prioritária e que carece de um atendimento imediato. A resposta negativa às questões leva o enfermeiro triador a identificar, numa segunda etapa da aplicação do fluxograma, a queixa principal do cidadão/ utente e enquadrá-la na sua história de doença e/ ou história de acidente, medicação habitual e/ ou outros. Assim o enfermeiro triador vai perceber-se se se trata de uma situação de alto risco, respondendo à questão “*High risk situation?*”. É exemplo de uma situação de alto risco, a experimentada por um cidadão/ utente que tem dor torácica, tipo aperto, com antecedentes de Angina Instável. Como a anterior questão, outras (questões) se colocam nesta etapa: “*Confused/ lethargic/ disoriented?*” e “*Severe pain/ distress?*”. A resposta afirmativa a uma das questões referidas confere ao cidadão/ utente o nível 2 de urgência. A resposta negativa às questões remete à realização de uma estimativa dos recursos necessários para aquele cidadão/ utente (Tanabe, Yarnold, Adams *et al*, 2004). São considerados recursos os exames complementares de diagnóstico e terapêutica e outros procedimentos, exclui-se a realização da história clínica, a administração da Anatoxina e de toda a terapêutica oral (Tanabe, Yarnold, Adams *et al*, 2004). Os cidadãos que precisem de dois, um ou zero recursos são classificados com os níveis

Figura 2. Algoritmo de Triagem do *Emergency Severity Index*, com 5 níveis de urgência (versão 3) (Adaptado de Tanabe, Yarnold, Adams *et al*, 2004, p.24)



de urgência 3, 4 e 5, respectivamente.

A avaliação dos Sinais Vitais (SV) pode fazer parte do processo de triagem, cuja alteração pode levar o enfermeiro triador a reclassificar o cidadão/ utente de nível 3 para o nível 2 de urgência. Numa versão anterior do *ESI*, o enfermeiro tinha que reclassificar todos os cidadãos/ utentes com alteração dos SV para o nível 2 de urgência, incluindo os que apresentavam pulso igual a 102 bpm (Tanabe, Yarnold, Adams *et al*, 2004).

2.1.3.5.2.2 Manchester Triage System

O *Manchester Triage System (MTS)* foi criado e implementado em Manchester (Reino Unido), no ano de 1997. Desde então é adoptado como norma dos hospitais do Reino Unido. Encontra-se também em uso em Portugal, Canadá, Japão e Nova Zelândia (Lipley, 2002).

O *MTS* foi implementado em Portugal, tendo sido posto em prática no ano 2000. Foram pioneiros neste processo, o Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca (Ordem dos Médicos, 2000).

Actualmente, em Portugal, o *MTS* está implementado em 44 hospitais nacionais (Tab.4), encontrando-se em processo de implementação nos hospitais de: São José, Descobertas, Bragança, Fafe, Santo Tirso, Valongo, Vila Nova de Gaia, Pombal, Tondela, Barreiro, São Francisco. Outros hospitais nacionais mostraram interesse em implementar este ST.

De acordo com Paulo Freitas (2002, p.3), membro do Grupo Português de Triagem, o *MTS* “tem como objectivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no Serviço”.

O processo de triagem do *MTS* passa por identificar os critérios de gravidade inerentes à queixa apresentada pelo cidadão/ utente. Para tal há que identificar a queixa principal do cidadão/ utente, escolher o fluxograma, de entre os cinquenta e dois existentes, que melhor se adequa à queixa identificada (Fig.3) e obter resposta afirmativa a uma das questões ou discriminadores do fluxograma. As questões são colocadas na ordem de cima para baixo, uma vez que as questões se apresentam por ordem decrescente de prioridade, i.e., as primeiras questões correspondem a categorias de urgência mais elevadas, portanto a situações mais graves. Deste modo, é identificado o critério de gravidade do cidadão/ utente.

Os discriminadores podem ser gerais ou específicos. Os primeiros aplicam-se a todos os cidadãos/ utentes, independentemente da condição que apresentam. Estes apresentam-se várias vezes ao longo dos fluxogramas (v.g. dor). Os discriminadores específicos aplicam-se a casos individuais ou a pequenos grupos de apresentação e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares (v.g. dor pré-cordial).

A categoria de urgência para além de indicar a prioridade clínica com que o cidadão/ utente deve ser atendido, dá também informação sobre o respectivo tempo alvo de atendimento, isto é, o tempo máximo que o cidadão/ utente pode esperar, sem prejuízo do seu

estado de doença e/ ou lesão. A cada categoria de urgência está associado um número e uma cor (Tab.3) (Grupo de Triagem de Manchester, 2002).

O *MTS* tem cinco categorias de urgência: “Emergente ou Vermelha”, “Muito Urgente ou Laranja”, “Urgente ou Amarela”, “Pouco Urgente ou Verde” e “Não Urgente ou Azul” (Tab.3). Em Portugal, com conhecimento e autorização do Grupo de Triagem de Manchester, foi introduzida a categoria de urgência “Branca”, para designar as situações que não estão relacionadas com uma queixa clínica e que surgem no SU (v.g. cidadão/ utente que recorre ao SU para ser observado pelo médico X, conhecedor da sua situação) (Grupo de Triagem de Manchester, 2002).

O *MTS* integra o ST em Catástrofe (anteriormente descrito), apresentando dois fluxogramas denominados “Catástrofe – Avaliação Primária” e “Catástrofe – Avaliação Secundária” (Grupo de Triagem de Manchester, 2002). Esta particularidade do *MTS* permite a utilização de um instrumento aplicado no quotidiano de um SU em situação de Catástrofe ou IMV.

O *MTS* foi concebido com a intenção de ser informatizado, realidade portuguesa e em expansão. Liplely (2002) refere que a utilização do *MTS* sem suporte informático pode comprometer o próprio ST, através da tomada de decisões arbitrárias e inapropriadas pelos profissionais triadores. A informatização do *MTS* permite: obter dados importantes e necessários à gestão dos recursos humanos, relativos ao desempenho dos profissionais de saúde (v.g. controlo da tomada de decisão do profissional triador), ao número de profissionais necessários para cada equipa e para cada sector do SU, e à gestão dos recursos materiais e equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde.

Tabela 2. Categorias de urgência do *MTS*

N.º	Categoria de urgência	Cores	Tempo máximo de espera
1	Emergente	Vermelho	0’
2	Muito Urgente	Laranja	10’
3	Urgente	Amarelo	60’
4	Pouco Urgente	Verde	120’
5	Não Urgente	Azul	240’

Figura 3. Fluxograma “Indisposição no adulto” do MTS

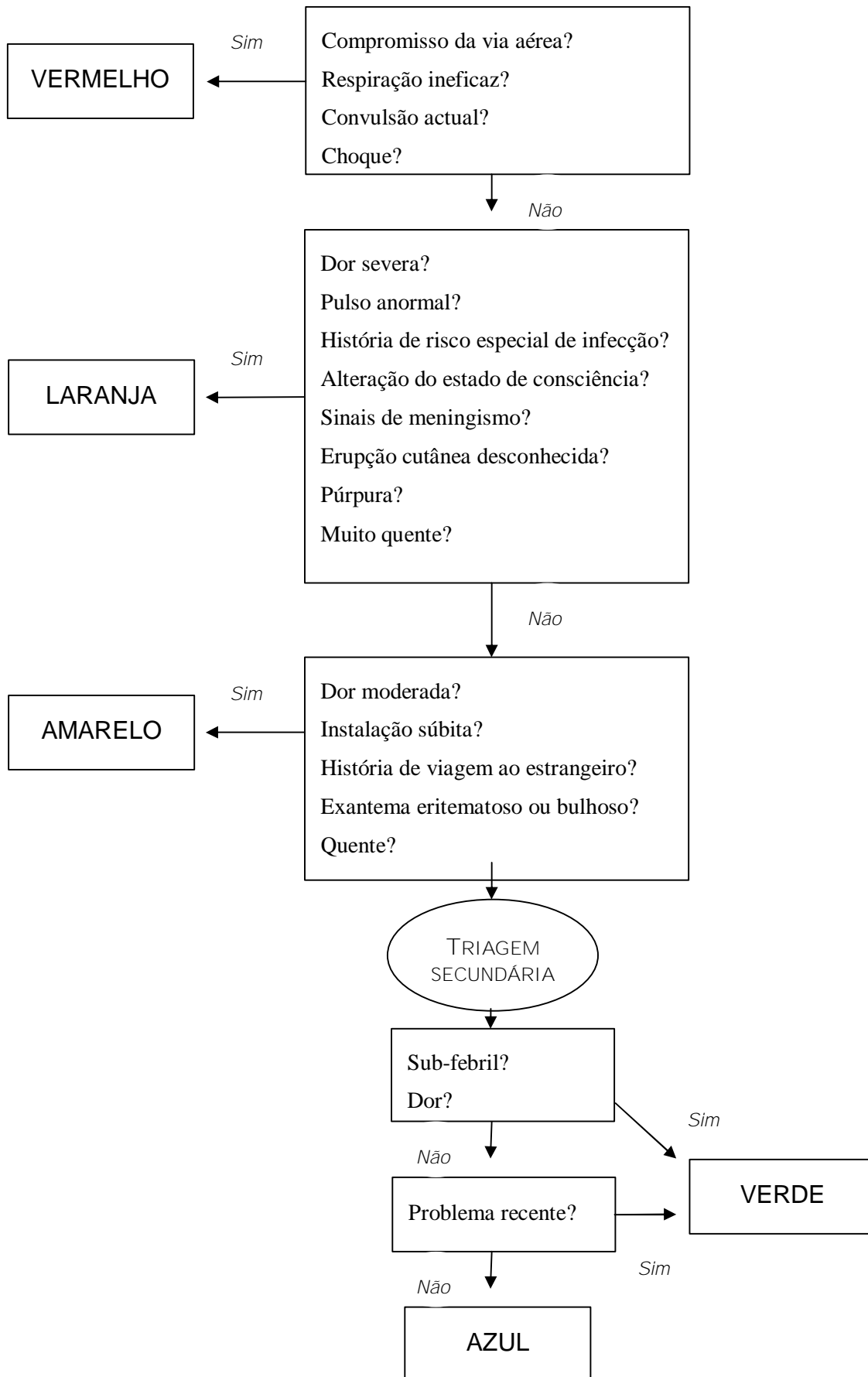


Tabela 3. Hospitais onde o *MTS* está implementado

Fernando Fonseca	Feira	Santarém
Santo António - Porto	Aveiro	Vila Franca Xira
Chaves	Anadia	Caldas da Rainha
Mirandela	Centro Hospitalar Coimbra	Torres Vedras
Vila Real	Hospitais Universitários Coimbra	Santiago de Cacém
Lamego	Viseu	Portalegre
Braga	Guarda	Santa Maria - Lisboa
Guimarães	Figueira da Foz	Beja
Famalicão	Leiria	Évora
Viana do Castelo	Alcobaça	Elvas
Ponte Lima	Covilhã	Portimão
Povoia de Varzim	Fundão	Faro
Matosinhos	Médio Tejo/ Abrantes	Ponta Delgada
São João - Porto	Médio Tejo/ Torres Novas	Funchal
Vale de Sousa	Médio Tejo/ Tomar	

Tabela 4 - Fluxogramas do *MTS*

1. Agressão	14. Diabetes	27. Dor torácica	40. Mordeduras e picadas
2. Asma	15. Diarreia	28. Embriaguês aparente	41. Pais preocupados
3. Auto-agressão	16. Dispneia	29. Erupções cutâneas	42. Problemas estomatológicos
4. Bebe que chora	17. Dispneia na criança	30. Estado de inconsciência	43. Problemas nasais
5. Catástrofe – Avaliação Primária	18. Doença hematológica	31. Exposição a químicos	44. Problemas nos membros
6. Catástrofe – Avaliação Secundária	19. Doença mental	32. Feridas	45. Problemas oftalmológicos
7. Cefaleia	20. Dor testicular	33. Grande traumatismo	46. Problemas ouvidos
8. Comportamento estranho	21. Doenças sexualmente transmissíveis	34. Gravidez	47. Problemas urinários
9. Convulsões	22. Dor abdominal	35. Hemorragia Gastrointestinal	48. Queda
10. Corpo estranho	23. Dor abdominal na criança	36. Hemorragia vaginal	49. Queimaduras profundas e superficiais
11. Criança com dificuldade na locomoção	24. Dor de garganta	37. Indisposição no adulto	50. Sobredosagem ou envenenamento
12. Criança irritável	25. Dor lombar	38. Infecções locais e abscessos	51. TCE – Traumatismo craneo-encefálico
13. Criança que não se sente bem	26. Dor testicular	39. Lesão toraco-abdominal	52. Vômitos

2.1.3.5.2.3 Canadian Triage & Acuity Scale

A *Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS)* foi implementada em 1998, no Canadá e no Quebec.

A *CTAS* consiste num instrumento que permite “*to more accurately define patients needs for timely care and to allow ED’s to evaluate their acuity level, resource needs and performance against certain operating “objectives”*” (Beveridge, Clarke, Janes *et al*, 1998, p.2). Segundo Beveridge, Clarke, Janes *et al* (1998) são três os conceitos que estão incluídos no desenho desta escala: a utilidade, a relevância e a validade.

A *CTAS* baseia-se no estabelecimento de uma relação entre um grupo de acontecimentos sentinela, definidos pelos diagnósticos do ICD-9-CM⁴, e as situações mais frequentemente apresentadas pelos cidadãos/ utentes (Beveridge, Clarke, Janes *et al*, 1998) (Anexo II. *Canadian Triage & Acuity Scale*).

Beveridge, Clarke, Janes *et al* (1998) consideram que a atribuição exacta da categoria de urgência se baseia no conhecimento prático adquirido da experiência e do treino, na correcta identificação dos sinais e sintomas e no uso das “*guidelines*” e protocolos de triagem.

O presente ST apresenta cinco categorias ou níveis de urgência, eles são: Nível I ou Ressuscitação, Nível II ou Emergente, Nível III ou Urgente, Nível IV ou Pouco Urgente ou Semi-urgente e Nível V ou Não Urgente (Beveridge, Clarke, Janes *et al*, 1998) (Tab.6).

De acordo com Beveridge, Clarke, Janes *et al* (1998), os cidadãos/ utentes categorizados com o Nível I carecem de cuidados de enfermagem contínuos desde o momento que são triados até ao atendimento médico, sendo que este deverá ser imediato. Os cidadãos/ utentes de Nível 1 experimentam uma situação com risco de vida iminente, requerendo intervenções imediatas (Beveridge, Clarke, Janes *et al*, 1998). Os cidadãos/ utentes de Nível II precisam de ser reavaliados e/ ou que lhes sejam prestados cuidados de enfermagem de 15 em 15 minutos. Tratam-se de cidadãos/ utentes que experimentam situações potencialmente tratáveis, requerendo intervenção rápida ou de actos delegados. Os cidadãos/ utentes de Nível III, IV e V necessitam de ser reavaliados e/ ou que lhes sejam prestados cuidados de enfermagem de 30 em 30 minutos, de 60 em 60 minutos e de 120 em 120 minutos, respectivamente. Os primeiros (Nível III) experimentam situações que podem evoluir para problemas sérios e que requerem intervenção emergente. Estas situações podem conferir

⁴ Índice internacional de classificação de doenças e lesões.

desconforto significativo ou afecção das actividades de vida diárias. Os cidadãos/ utentes de Nível IV experimentam situações relacionadas com a idade, *distress* ou situações com potencial para a deterioração ou complicações, que beneficiam de intervenção em uma ou duas horas. Os cidadãos/ utentes de Nível V experimentam situações que podem ser agudas, mas são consideradas não urgentes, tais como situações que fazem parte de um problema crónico, com ou sem evidencia de deterioração. Estes cidadãos/ utentes podem ser encaminhados para outras áreas do hospital ou do sistema de cuidados de saúde (Beveridge, Clarke, Janes *et al*, 1998).

Tabela 5. Categorias de urgência da CTAS

Categorias de urgência	Tempo máximo de espera
Nível 1 ou “ <i>Resuscitation</i> ”	0’
Nível 2 ou “ <i>Emergent</i> ”	15’
Nível 3 ou “ <i>Urgent</i> ”	30’
Nível 4 ou “ <i>Less Urgent</i> ”	60’
Nível 5 ou “ <i>Non Urgent</i> ”	120’

O processo de triagem do CTAS compreende (Beveridge, Clarke, Janes *et al*, 1998):

- ◆ A identificação da queixa principal do cidadão/ utente;
- ◆ A validação e a avaliação da queixa do cidadão/ utente, subjectiva e objectiva. A avaliação subjectiva ocorre com a resposta a questões do tipo: “Quando iniciou a dor?”, “Onde apresenta a dor?”, “O que estava a fazer quando iniciou a dor?”, “Ainda tem dor?”. A avaliação objectiva consiste na apreciação da aparência física (v.g. cor da pele), grau de *distress*, resposta emocional (v.g. ansioso), determinação dos SV e avaliação física;
- ◆ A aquisição de informação adicional como seja a existência de alergias e a medicação habitual;
- ◆ O enquadramento dos dados e informações colhidas na escala propriamente dita (Anexo II – *Canadian Triage & Acuity Scale*);
- ◆ A atribuição do nível ou categoria de urgência.

Findo o processo de triagem, o enfermeiro planeia as intervenções de enfermagem (v.g. imobilização de um membro, quando há suspeita de fractura), assegura a chegada do

cidadão/ utente ao sector para o qual foi encaminhado e será reavaliado (Beveridge, Clarke, Janes *et al*, 1998).

A CTAS é aplicada por enfermeiros, que deverão, segundo Beveridge, Clarke, Janes *et al* (1998), ter competências no âmbito da comunicação (aspecto considerado fundamental para o processo de triagem), bom-senso, paciência, compreensão, discrição e capacidade organizativa.

2.1.3.5.2.4 Australasian Triage Scale

A escala, hoje denominada *Australasian Triage Scale (ATS)*, remonta ao final da década de 60 (1960), na Austrália (Jelink, 2001). Altura em que a procura dos SU superava os “recursos” nele existentes, nomeadamente infra-estruturas, equipamentos, recursos humanos e materiais (Jelink, 2001). Para além deste facto, mais tarde, o *New South Wales Health* (Austrália) identifica outro problema, a inexistência de triagem para todos os cidadãos/ utentes, uma vez que era dada prioridade aos cidadãos/ utentes que chegavam ao SU de ambulância, sendo os recursos orientados para aqueles cidadãos/ utentes, em detrimento dos que chegavam ao SU pelo seu próprio pé, os quais podiam carecer de cuidados imediatos (Australasian College for Emergency Medicine, 2000). Na década de 70 (1970), uma equipa do *Box Hill Hospital* (Melbourne) procedeu ao melhoramento de uma escala já instituída naquela estrutura, com o objectivo de melhor descrever a urgência das necessidades de cuidados de saúde. A escala de triagem modificada apresentava cinco categorias de urgência, a cada uma das quais estava associado um tempo de espera recomendado e uma cor, que indicavam a prioridade do cidadão/ utente para o atendimento médico (Tab.7). A esta escala deu-se o nome de *Ipswich Triage Scale* (Australasian College for Emergency Medicine, 2000). Nos anos 90 (1990), a *Ipswich Triage Scale* foi integrada nos sistemas informáticos e testada em muitos hospitais australianos, quanto à sua utilidade, realidade e validade (Australasian College for Emergency Medicine, 2000). Em 1993, o *Australasian College of Emergency Medicine* adoptou a *Ipswich Triage Scale* como parte da sua Política de Triagem, denominando-a de *National Triage Scale* (Australasian College for Emergency Medicine, 2000). Em 2000, aquela escala é adoptada pelas autoridades de saúde australianas e pelo *Australasian Council on Health Care Standards* como base de medida da performance da medicina de urgência, passando a denominar-se *Australasian Triage Scale* (Australasian College for Emergency Medicine, 2000) (Cronin, 2003).

A adoção da *ATS* estendeu-se rapidamente a toda a Austrália e Nova Zelândia (Jelink, 2001), tendo sido adaptada e testada por países como o Reino Unido, Canadá e Bélgica (Jelink, 2001). A escala está também em muitos Estados dos Estados Unidos da América (Cronin, 2003).

A *ATS* é considerada um instrumento, à semelhança de outros ST, que permite assegurar o atendimento oportuno dos cidadãos/ utentes, isto é, de acordo com a sua urgência clínica. A esta (urgência clínica) está associado um tempo limite de resposta/ intervenção. A *ATS* permite a local os cidadãos/ utentes na área de avaliação e tratamento mais adequada às suas necessidades e descrever o *casemix* do SU, através da informação que fornece (Australasian College for Emergency Medicine, 2005). A escala relaciona automaticamente o código atribuído na triagem a uma escala de medidas de resultados como a taxa de mortalidade, a admissão de cidadãos/ utentes em Unidades de Cuidados Intensivos, o tempo de internamento e o consumo de recursos (Australasian College for Emergency Medicine, 2000). A escala permite também a análise dos valores de cada indicador de desempenho no SU: *casemix*, eficiência operacional, revisão da utilização, eficácia do resultado e custo (Australasian College for Emergency Medicine, 2000).

A triagem com a *ATS* é aplicada por enfermeiros experientes e treinados, que utilizam uma lista de *clinical descriptors*, que orientam a atribuição de cada categoria de urgência (Anexo III. *Clinical descriptors* para as categorias de urgência do *Australasian Triage Scale*). De acordo com o *Australasian College for Emergency Medicine* (2005), a lista baseia-se em informações de investigação válidas e não se pretende que seja exaustiva, nem absoluta.

A atribuição da categoria de urgência ao cidadão/ utente resulta da combinação do problema existente e do aspecto geral do cidadão/ utente, que, por sua vez, podem ser combinados com observações psicológicas pertinentes, tendo como guia orientador a lista dos *clinical descriptors* (Australasian College for Emergency Medicine, 2005). Segundo a *Australasian College for Emergency Medicine* (2005), os SV deverão somente serem avaliados se necessários, para a atribuição da categoria de urgência, e/ ou se o tempo permitir.

A *ATS* integra cinco categorias de urgência: 1 – “*Immediately life-threatening patient*”, 2 – “*Imminently life-threatening patient*”, 3 – “*Potentially life-threatening patient*”, 4 – “*Potentially serious patient*” e 5 – “*Less urgent patient*” (Tab.7). O cidadão/ utente com a Categoria 1 está em risco de vida ou em risco iminente de deterioração do seu estado, requerendo intervenção imediata e agressiva. Assim o tempo de espera para o atendimento médico e tratamento é zero. A esta categoria corresponde um indicador de desempenho de

100%. O cidadão/ utente com Categoria 2 está numa situação suficientemente séria ou de deterioração rápida, que se não obtiver atendimento médico e tratamento nos 10 minutos, após a sua chegada ao SU, há potencial ameaça à vida ou falha de um sistema orgânico. A esta categoria está associado um indicador de desempenho de 80%. O cidadão/ utente com Categoria 3 pode progredir para uma situação de ameaça à vida ou dos membros ou situação de morbilidade significativa. Isto se não for atendido e tratado em 30 minutos, após a sua chegada ao SU. A esta categoria corresponde um indicador de desempenho de 75%. O cidadão/ utente com Categoria 4 deverá ser atendido nos 60 minutos, após a sua chegada ao SU, pois a sua situação pode deteriorar-se. A esta categoria corresponde um desempenho na ordem dos 70%. O cidadão/ utente com Categoria 5 experimenta uma situação crónica ou pouco relevante, cujos sintomas ou resultados clínicos não serão significativamente afectados se o atendimento e o tratamento ocorrerem 2 horas após a sua chegada ao SU. A esta categoria de urgência corresponde um indicador de desempenho de 70% (Tab.7).

Tabela 6. - Categorias de urgência, tempos de espera recomendados e performance da *Australasian Triage Scale* Adaptado de NSW Health, 2005. Triage performance benchmarks.

<i>Triage category</i>	<i>Brief description</i>	<i>Maximum recommended waiting time</i>	<i>Performance threshold</i>
1	<i>Immediately life-threatening patients</i>	0	100%
2	<i>Imminently life-threatening patients</i>	10'	80%
3	<i>Potentially life-threatening patients</i>	30'	75%
4	<i>Potentially serious patients</i>	60'	70%
5	<i>Less urgent patients</i>	120'	70%

O *Australasian College for Emergency Medicine* (2000) considera quando o fluxo de cidadãos/ utentes aumenta, a equipa multidisciplinar deverá ser organizada no sentido de se atenderem os cidadãos/ utentes classificados com categorias mais urgentes. Consideram também não ser clínica, nem eticamente saudável um tempo de espera para atendimento médico superior a 120 minutos. Consideram que os tempos prolongados de espera são considerados pelos cidadãos/ utentes falhas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados (*Australasian College for Emergency Medicine*, 2000).

A garantia da qualidade na aplicação da *ATS* é assegurada através da análise das triagens efectuadas, verificando-se se estão em conformidade com as *guidelines* definidas para a aplicação da escala, diagnósticos, tempo de espera médio, taxas de admissão e taxas de mortalidade. Indicadores, a comparar com os seus homólogos de outras estruturas de saúde hospitalares (Australasian College for Emergency Medicine, 2000). Daí pode resultar também a adopção das melhores práticas, através da técnica de *Benchmarking* (Australasian College for Emergency Medicine, 2000).

2.1.3.5.2.5 Outros Sistemas de Triagem

Em 1982, Thompson e Dains, citados por Bracken *in* Sheehy (2000), identificaram os três ST mais comuns: o Director de Tráfego, o Exame Aleatório e o Alargado. Bracken *in* Sheehy (2000) refere que a diferença entre os três reside fundamentalmente na profundidade da triagem efectuada.

O ST Tipo I ou “Director de Tráfego” é aplicado por um funcionário não profissional (administrativo) (Bracken *in* Sheehy, 2000). Este identifica a queixa principal do cidadão/ utente e classifica o cidadão/ utente em “Urgente” ou “Não Urgente”. De acordo com a situação do cidadão/ utente, o mesmo é encaminhado para a sala de tratamentos ou para a sala de espera. Neste ST não está prevista a reavaliação do cidadão/ utente (Bracken *in* Sheehy, 2000).

O ST Tipo II ou “Exame Aleatório” é operacionalizado por um enfermeiro ou médico. De acordo com a queixa principal do cidadão/ utente (objectiva e subjectiva), o mesmo é classificado em uma de três categorias de urgência: “Urgente”, “Não urgente” e “Diferido”. O profissional triador encaminha o cidadão/ utente para a sala de tratamentos, sala de espera ou domicílio, podendo também requerer exames complementares de diagnóstico e prestar-lhe algum tipo de tratamento. A reavaliação do cidadão/ utente raramente se realiza, apenas quando solicitada pelo mesmo (Bracken *in* Sheehy, 2000).

No ST Tipo III ou “Alargado” é unicamente o enfermeiro que atende o cidadão/ utente e quem realiza a entrevista. O enfermeiro faz uma avaliação minuciosa, completa, objectiva e subjectiva da queixa do cidadão/ utente, determina as necessidades de ensino e as necessidades de saúde primárias e regista a avaliação de triagem, decidindo sobre a mesma. Neste processo atribui uma categoria de urgência ao cidadão/ utente de entre as quatro existentes: classe I, II, III e IV. A classe I implica o atendimento imediato do mesmo,

encontrando-se este em risco de vida (v.g. Paragem Cardio-respiratória). Na classe II, o cidadão/ utente é considerado estável, tendo que ser atendido o mais precocemente possível. A sua reavaliação deverá realizar-se de 15 em 15 minutos. Na classe III e IV, o cidadão/ utente não corre perigo, devendo ser reavaliado de 30 em 30 minutos e de 60 em 60 minutos, respectivamente. Atribuída a categoria de urgência, o enfermeiro faz o encaminhamento do cidadão/ utente para a área de tratamento adequada (Bracken *in* Sheehy, 2000).

Ao ST Tipo III ou “Alargado” estão habitualmente associados protocolos de triagem e outras intervenções protocoladas (Bracken *in* Sheehy, 2000).

O ST Tipo III ou “Alargado” pode assumir a forma de um Sistema de Etapas Múltiplas, contrariamente àquele que fora anteriormente apresentado (Sistema de Etapa Única). O Sistema de Etapas Múltiplas é, geralmente, utilizado nos SU com grande afluência de cidadãos/ utentes. Este aumenta a prontidão do atendimento no SU e, ao mesmo tempo, permite identificar rapidamente os indivíduos cuja vida, membros ou visão estão comprometidos. No Sistema de Etapas Múltiplas, o Enfermeiro Triador observa o cidadão/ utente que entra no SU e faz uma avaliação rápida do mesmo para determinar a queixa principal e identificar riscos imediatos para a vida, membros e/ ou visão. A avaliação é o resultado pela observação propriamente dita do cidadão/ utente, breve entrevista, palpação cutânea e avaliação do pulso. A entrevista de triagem e a avaliação dos sinais vitais não são efectuadas na primeira etapa. Se o cidadão/ utente não precisar de cuidados imediatos, é preenchida uma folha antes de passar à segunda etapa do processo, onde se procederá à entrevista (de triagem) e à avaliação dos sinais vitais. Nesta altura são postos em prática os protocolos de triagem e outras intervenções protocoladas.

No ST de Etapas Múltiplas, o enfermeiro tem acesso visual permanente a qualquer cidadão/ utente que entra no SU, podendo identificar rapidamente os cidadãos/ utentes que necessitam de atendimento imediato (Bracken *in* Sheehy, 2000).

As equipas das organizações de saúde dos EUA, à semelhança da Austrália, optaram por aumentar o número de categorias de urgência para cinco e por desenvolverem as suas próprias *hybrid scales*. O *Mount Sinai Hospital Medical Center* de Chicago, que alterou o seu ST, utiliza um sistema que apresenta características do *CTAS* e do *ESI* (Wood, 2004). O *Sutter Health Hospitals* na Califórnia alterou o seu ST, *Sutter Triage System*, para cinco categorias de urgência, desenvolvendo também o seu próprio ST, que se baseia no *CTAS*, mas também

atende ao número de recursos que o cidadão/ utente irá precisar (característica do *ES*). Este difere particularmente dos ST anteriormente descritos no significado das categorias ou níveis de urgência, sendo que o Nível 1 de urgência corresponde ao cidadão/ utente que experimenta uma situação menos urgente e, conseqüentemente, o Nível 5 corresponde ao cidadão/ utente que experimenta uma situação emergente (Wood, 2004).

2.1.3.6 *Profissionais triadores*

Actualmente, e um pouco por todo o mundo, a triagem dos cidadãos/ utentes é realizada por enfermeiros. Até então, esta actividade era desempenhada por pessoal administrativo e médicos.

Em Portugal, a triagem começa oficialmente a ser realizada por enfermeiros no ano 2000, com a implementação do *MTS*.

Vários estudos têm sido feitos no intuito de perceber se existe vantagens na prática de triagem por enfermeiros ou por médicos. Os estudos de Vinha *et al*, Mallet *et al*, Albin *et al* e Lewis *et al*, citados por Cordeiro, Silveira e Raposo (2002), consideram o enfermeiro, o profissional de saúde de excelência para o desempenho daquela actividade. Segundo Cabral, citado por Cordeiro, Silveira e Raposo (2002), os enfermeiros reúnem as condições necessárias para a triagem dos cidadãos/ utentes, dado serem detentores de uma linguagem clínica orientada para os sinais e os sintomas e não para os diagnósticos, conseguindo estabelecer uma relação empática fundamental na minimização de sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência (muito frequentes neste tipo de Serviço), explicando calmamente ao cidadão/ utente o objectivo do processo de triagem. Para além disso, os enfermeiros têm uma visão da globalidade do Serviço e dos recursos nele existentes, bem como do cidadão/ utente.

Beveridge, Clarke, Janes *et al* (1998) consideram crucial no processo de triagem a capacidade de comunicação do Enfermeiro Triador, a sua sensibilidade, paciência, compreensão e descrição, a capacidade organizativa e a capacidade para actuar em situações éticas.

De acordo com Harris e Hendricks (1996), o enfermeiro triador é o elemento mediador do SU. Detém a responsabilidade de tornar visível a prestação dos cuidados de enfermagem, inclusivamente na sala de espera para triagem, anunciar a continuidade da prestação de cuidados e informar os cidadãos/ utentes sobre o objectivo do SU.

2.1.3.7 *Súmula*

Os ST são importantes instrumentos de gestão dos SS que se destinam a prestar cuidados ao cidadão/ utente emergente e/ ou urgente nos diferentes ambientes, pré-hospitalar e hospitalar. Todos os ST visam identificar os cidadãos/ utentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente, através da classificação de todos os cidadãos/ utentes que procuram aqueles Serviços numa categoria de urgência. Tal facto permite a localizar cada cidadão/ utente na estrutura de saúde ou sector de um SU adequado à resposta das suas necessidades. Deste modo há uma melhor utilização dos recursos daqueles SS e são concretizadas as missões dos SU.

Alguns estudos têm sido feitos no intuito de melhorar estes instrumentos (ST), tornando-os mais verdadeiros e fidedignos, bem como ajustados às diferentes realidades. A evolução é notória com o aumento do número das categorias de urgência e com o aparecimento de diferentes ST num curto espaço de tempo. Alguns dos quais têm influência de outros ST.

Os ST do ambiente pré-hospitalar são postos em prática por operadores de um *Call Center*, que fazem a triagem telefónica, e/ ou por “equipas de rua”, que procedem à triagem nos locais dos incidentes (v.g. IMV). Os ST telefónica e os ST aplicados no local são concomitantemente utilizados, visando uma resposta mais adequada às necessidades dos cidadãos/ utentes, com a utilização dos recursos (v.g. tempo) e meios (v.g. helicóptero) adequados. Deste modo é promovida a eficácia e eficiência da actuação.

Em Portugal, os ST telefónica são aplicados por enfermeiros na Linha Saúde 24, médicos e operadores de central de emergência médica no CODU (INEM). Existem também “equipas de rua” do INEM, constituídas por enfermeiros, médicos, técnicos de ambulância de emergência e técnicos de ambulância de socorro, que auxiliam a triagem telefónica com os dados que transmitem ao CODU, pondo em prática outros ST como o STT e o *STARTS*. O último (*STARTS*) é posto em prática por enfermeiros e médicos, com formação em emergência médica em situação de catástrofe ou IMV (Anexo IV).

Os ST aplicados em ambiente pré-hospitalar têm critérios específicos na tomada de decisão, relativa à categoria de urgência atribuída ao cidadão/ utente (Anexo IV). Estes ST fazem-se auxiliar de algoritmos para a tomada de decisão, alguns dos quais estão agrupados em módulos, para mais fácil e rápida utilização dos mesmos. O processo de triagem inicia com a abordagem do cidadão/ utente, seguindo-se a escolha do algoritmo e a actuação de

acordo com o algoritmo escolhido, até se obter uma categoria de urgência. Estas (categorias de urgência) diferem nos ST em ambiente pré-hospitalar. Tal facto está intimamente relacionado com os objectivos específicos a que cada ST se propõe: o *STARTS* visa maximizar o número de sobreviventes em catástrofe ou em IMV, actuando e encaminhando as vítimas para as estruturas de saúde que melhor respondem às suas necessidades; o *STT* visa encaminhar e transportar os cidadãos/ vítimas para as estruturas hospitalares que melhor respondem às suas necessidades; e o *STCT* visa não só encaminhar o cidadão/ utente para as estruturas de saúde que melhor respondem às suas necessidades, mas também aconselhar e orientar o cidadão/ utente ou o acompanhante na prática de alguns procedimentos (v.g. aumentar a ingestão de líquidos na criança desidratada), e articular e envolver outros SS na prestação de cuidados ao cidadão/ utente (v.g. INEM).

Cada um dos ST aplicados em ambiente pré-hospitalar tem destinatários específicos. O *STARTS* aplica-se a todos os cidadãos que sofreram danos, resultantes de uma Catástrofe ou de um IMV. O *STT* aplica-se na abordagem do cidadão/ vítima de trauma. O *STCT* aplica-se a todos os cidadãos/ utentes do Serviço que aplica determinado *STCT*, portanto todos aqueles que telefonarem.

Os ST aplicados em ambiente hospitalar, mais precisamente ao nível dos SU, assemelham-se em alguns aspectos, como sejam (Anexo V):

- ◆ No profissional triador, que é enfermeiro;
- ◆ No número de categorias de urgências, em número de cinco;
- ◆ No significado da numeração das categorias de urgência, ou seja, a numeração das categorias de urgência aumenta com o decréscimo da prioridade. Contrariamente às categorias de urgência do *Sutter Triage System*, no qual o Nível 1 de urgência corresponde a situação de doença e/ ou lesão menos grave ou não urgente;
- ◆ No objectivo dos ST, que consiste em identificar os cidadãos/ utentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente;
- ◆ Nos critérios de triagem (v.g. Hemorragia), que diferem em número, muito embora sejam comuns nos diferentes ST.

Os ST do ambiente hospitalar diferem:

- ◆ No instrumento auxiliador da tomada de decisão relativa à categoria de urgência: o *ES/* e o *MTS* utilizam algoritmos, que diferem em número (o *ES/* utiliza um único

algoritmo e o *MTS* utiliza cinquenta e dois algoritmos); a *ATS* e a *CTAS*, como o nome indica, utilizam escalas orientadoras da avaliação do cidadão/ utente;

◆ No processo de triagem:

- No *ES* ocorre o contacto com o cidadão/ utente, a aplicação do algoritmo/ fluxograma, com uma observação do cidadão/ utente dirigida para o estado de consciência, permeabilidade das vias aéreas, ventilação e circulação, a identificação da queixa do cidadão/ utente e seu enquadramento (v.g. mecanismo de lesão), e, por fim, faz-se uma estimativa dos recursos necessários pelo cidadão/ utente, com a atribuição da categoria de urgência;
- No *MTS* ocorre o contacto com o cidadão/ utente, a identificação da queixa principal do mesmo, a escolha do algoritmo mais adequado à queixa apresentada e atribuição da categoria de urgência, de acordo com a questão ou discriminador para o qual foi obtida resposta afirmativa;
- Na *ATS* e na *CTAS* ocorre o contacto com o cidadão/ utente, a identificação da queixa do mesmo, a observação do cidadão/ utente, com validação e avaliação da queixa identificada, tendo como guias orientadores as próprias escalas, onde a informação obtida é enquadrada.

São diversos os ST que se apresentam, mais ou menos adequados às diferentes realidades.

2.2 REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

“Não existe uma verdadeira Rede de Urgências no nosso País que responda com qualidade, segurança e equidade às necessidades de socorro da população” (Pignatelli, C., 2007).

De acordo com a 3.^a alínea do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa – Saúde, para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado Português “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”, bem como “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde.”

A Requalificação das Urgências, ao nível dos SU, está fundamentalmente relacionada com a prestação de cuidados da medicina curativa, nomeadamente com a prestação de cuidados ao cidadão/ utente com doença e/ ou lesão emergente⁵ e/ ou urgente⁶. A prestação de cuidados aos cidadãos/ utentes que experimentam aquele tipo de situações ocorre ao nível das diferentes Urgências, quer em ambiente hospitalar quer em ambiente pré-hospitalar: hospitais e CS; e Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), Serviço de Ambulâncias de Emergência, helicópteros e Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), do INEM, respectivamente.

A prestação de cuidados aos cidadãos/ utentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente é apenas conseguida na presença de recursos humanos, meios e estruturas de saúde devidamente equipadas (recursos materiais e equipamentos). Estes encontram-se desigualmente distribuídos por todo o país, não se encontrando assim garantido o acesso de todos os cidadãos a este tipo de Serviços. O tempo que um cidadão/ utente demora para aceder aos SU e estes aos cidadãos/ utentes (v.g. ambulâncias), varia grandemente de um ponto geográfico de Portugal Continental para outro, havendo uma grande discrepância nesses

⁵ Emergente, estado onde há iminência ou está instalada a falência das funções vitais.

⁶ Urgente, estado onde existe risco de falência das funções vitais.

tempos. Deste modo não é assegurada uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos, meios e estruturas de saúde. Para dar resposta a esta realidade, coadjuvando-se o desenvolvimento do país, a evolução das características da procura, a acessibilidade à Rede de Urgências (RU) e a modificação da oferta (v.g. crescimento e especialização do ambiente pré-hospitalar), surgiu a necessidade de actualizar e investir na Rede de Urgências no contexto de um processo denominado Requalificação das Urgências do SNS. Para este foi constituída uma Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU) (CTAPRU, 2006).

À CTAPRU antecedem: a Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Urgência, criada em 1996, que definiu os princípios percursores da Rede de Referenciação das Urgências (RRU); o Grupo de Acompanhamento da Reforma das Urgências, criado em 2001, que recomendou objectivos para o desenvolvimento da RRU. Nesse ano (2001) foi definida a Rede de Referenciação de Urgência/ Emergência (CTAPRU, 2006).

A CTAPRU pretendia reunir critérios consensuais para a definição da RU, a partir dos quais apresentaria uma proposta específica para os Pontos de Rede (PR). Actividade posta em prática em 2006.

A CTAPRU considera que “o atendimento urgente/ emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações, que concilie um bom nível qualitativo com preocupações de eficiência, através da rentabilização dos recursos disponíveis” (CTAPRU, 2006, p.3). Neste contexto é dado ênfase à definição dos pontos de RU e à respectiva Rede de Referenciação (RR), fundamentais ao processo organizativo, que possibilitará um sistema mais eficaz, eficiente e equitativo (CTAPRU, 2006).

A CTAPRU tem como missão: elaborar propostas referentes ao bom funcionamento da resposta adequada às situações emergentes e/ ou urgentes (CTAPRU, 2006). Constituem objectivos da CTAPRU (CTAPRU, 2007):

- ◆ Melhorar o acesso aos cuidados de urgência e emergência, isto é, à RU;
- ◆ Garantir maior equidade na distribuição dos PR;
- ◆ Melhorar a qualidade e a segurança na assistência aos cidadãos/ utentes considerados urgentes (terminando com situações de ambiguidade, entre as

logísticas de Consulta *versus* SU, com um investimento na qualificação dos SU e respectiva RR, para que o cidadão/ utente chegue ao local apropriado em tempo útil);

- ◆ Aumentar a racionalidade na utilização de recursos (providenciando uma distribuição mais coerente dos recursos, evitando situações de incoerência técnica e promovendo a sinergia de meios);
- ◆ Promover a continuidade do processo com estrutura de acompanhamento (defendendo um processo dinâmico, sujeito a reavaliação e actualização periódica, protagonizada por um grupo de acompanhamento constituído por peritos técnicos e entidades gestoras da saúde).

A proposta de definição dos Pontos de Rede de Urgência (PRU) enquadra-se num trabalho mais amplo que prevê três vertentes de acção (CTAPRU, 2007):

- ◆ Definição dos PRU (i.e. os locais onde devem funcionar os SU);
- ◆ Definição de uma RR (a explicitação do encaminhamento dos cidadãos/ utentes até ao SU e entre os SU);
- ◆ Divulgação de recomendações de boas práticas, organização e gestão dos SU.

Para a definição dos PRU (CTAPRU, 2006):

- ◆ Foram definidos os níveis de SU;
- ◆ Analisadas as propostas elaboradas até àquela data, pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pela Direcção Geral de Saúde;
- ◆ Revistas as diversas realidades internacionais e dos critérios adoptados para a definição das respectivas RU;
- ◆ Definidos os critérios de decisão;
- ◆ Elaborada a proposta de PR, por área geográfica e no contexto de uma rede hierarquizada de prestação de cuidados.

Os critérios de decisão definidos foram (CTAPRU, 2006):

- ◆ Níveis de SU, em número de três:
 - Serviço de Urgência Polivalente (SUP);

- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC);
- Serviço de Urgência Básico (SUB) (anteriormente não era previsto),
- ◆ Tempo de resposta do socorro ao local (demora entre o accionamento do meio de socorro e a chegada ao local da ocorrência);
- ◆ Tempo de trajecto ao SU (demora entre o local da ocorrência e o PRU mais próximo);
- ◆ PR por Capitação;
- ◆ Mobilidade sazonal da população (por motivo de trabalho ou turismo);
- ◆ Risco de trauma (por motivo de acidente de viação ou de trabalho);
- ◆ Risco industrial (valorização de áreas geográficas de risco acrescido);
- ◆ Actividade previsível no SU (pressupondo um mínimo de capacidade instalada e análise de registos e casuística de actividade).

Dos critérios de decisão definidos, constituíram especificamente critérios preconizados (CTAPRU, 2006, p.8):

- ◆ 90% das respostas de ambulância dentro de 15 minutos em áreas urbanas e 90% das respostas de ambulância dentro de 30 minutos em áreas rurais;
- ◆ Uma ambulância de emergência por cada 40.000 habitantes;
- ◆ Uma equipa com capacidade de suporte avançado de vida por cada 250.000 habitantes;
- ◆ 90% da população com tempo de acessibilidade ao SU inferior a 30 minutos, até um qualquer PRU;
- ◆ 90% da população com tempo de acessibilidade inferior a 45 minutos, até um SUMC ou SUP;
- ◆ Possibilidade de SUB em CS, se a população for superior a 40.000 habitantes na sua área de influência ou a distância/ tempo de trajecto até ao próximo SU for superior a 60 minutos;
- ◆ Possibilidade de mais do que um SUMC num raio de 60 minutos de acessibilidade, se a população for superior a 200.000 habitantes;
- ◆ Um Centro de Trauma por cada 1.000.000 habitantes.

Da aplicação dos critérios resulta um rácio de (CTAPRU, 2006):

- ◆ Um SU por 120.000 habitantes;
- ◆ Um SUMC ou SUP por cada 260.000 habitantes.

A CTAPRU previu, na sua proposta, 13 SUP, 29 SUMC e 41 SUB, dos quais 59 são SU hospitalares (SUP, SUMC e SUB) e 24 em CS (SUB). Trata-se de um alargamento da RU, que apenas consignava 39 PR (CTAPRU, 2006).

A aplicação da proposta da Rede dos SU, actualmente a ser posta em prática, tem despoletado nas populações reacções, consideradas por Cármen Pignatelli (2007), Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, “desproporcionadas”, atendendo aos benefícios que alega existirem e que se projectam para o atendimento dos cidadãos/ utentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Segundo Cármen Pignatelli (2007), a proposta confere benefício imediato a mais de 450 mil portugueses (4,5% da população), que se encontram a mais de 60 minutos de um ponto de urgências. Considera também que com a instalação da Rede, apenas 0,6% ficarão a mais de 60 minutos de qualquer SU, pelo menos 90% dos portugueses ficarão, no máximo, a 30 minutos de um qualquer SU e, no máximo, a 45 minutos dos níveis mais diferenciados da Rede, SUMN e SUP. Cármen Pignatelli (2007) assegurou também que a instalação da RU não poderá ocorrer sem o funcionamento do Centro de Atendimento Telefónico do SNS, actualmente em vigor (Linha Saúde 24), o reforço dos meios pré-hospitalares, de acordo com as necessidades locais, e a fixação e o teste da referenciação entre os diversos PR.

No contexto anterior, Cármen Pignatelli (2007) dá a conhecer a intenção do Ministério da Saúde em alargar o horário de funcionamento dos CS até às 22horas ou 24horas, durante os fins de semana e feriados, sempre que se justifique, bem como acelerar a Reforma dos Cuidados Continuados e de Saúde Primários centrada na criação de Unidades de Saúde Familiares, que permitem acesso fácil e atempado aos médicos de família (aspectos também eles considerados pela CTAPRU na implementação da proposta apresentada).

Na sequência das manifestações públicas e declarações individuais relativas à Proposta da Rede de Serviços de Urgência (PRSU), a CTAPRU revelou a realidade dos SU, que se prende com a enorme procura dos mesmos pelos utentes do SNS, muitas vezes indevida. Isto porque os cidadãos/ utentes não experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes

nem urgentes, para as quais os SU estão especialmente vocacionados. Os cidadãos/ utentes experimentam sim situações agudas, que não sendo urgências, nem emergências, poderão carecer de resolução rápida (no mesmo dia ou em horas). Segundo a CTAPRU, estas situações deveriam ser resolvidas em Consulta não programada, sem marcação prévia, ao nível do CS (acessibilidade ao Médico de Família) e ao nível hospitalar (Consulta Externa Hospitalar, acessibilidade ao médico especializado em valência hospitalar), e não nos SU hospitalares como ocorre na actualidade. A CTAPRU considera existir uma necessidade clara de reforçar a resposta ao nível das Consultas referidas.

A realidade actual confere prejuízo para todos, fundamentalmente para aqueles que efectivamente experimentam doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Estes poderão ver o seu atendimento atrasado e complicado, devido à sobrecarga do funcionamento dos SU. Neste contexto, foram adoptadas algumas medidas ao nível dos SU, nomeadamente a adopção de um instrumento que permite identificar os cidadãos/ utentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente, o STM.

O STM é um instrumento que pretende conferir segurança aos profissionais e gestores dos SU, principalmente quando há um aumento do fluxo de cidadãos/ utentes ao SU. Com ele é assegurado o atendimento oportuno dos cidadãos/ utentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente, que são imediatamente identificados aquando a sua chegada ao SU. O STM permite também distribuir equitativamente e de forma organizada os escassos “recursos” dos SU, bem como dar a conhecer à população uma nova forma de actuar nos SU, que muito se relaciona com a missão dos mesmos, e fomentar a procura das Consultas não programadas dos CS (v.g. Médico de família). Dada a nova realidade, é possível que os cidadãos/ utentes dos SU alterem o seu comportamento no que respeita à procura dos SU, reduzindo-a. Se assim for, os gestores e profissionais dos SS poderão vir a assegurar a qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

A adopção do STM, à semelhança da proposta de definição dos pontos de RU, resulta de uma das vertentes de acção definidas pela CTAPRU, nomeadamente a divulgação de recomendações de uma boa prática, organização e gestão dos SU. Com esta medida pretende-se obter uma resposta mais adequada às situações de doença e/ ou lesão emergentes e/ ou urgentes (missão da CTAPRU), garantir equidade na distribuição dos recursos dos SU (com maior racionalidade) e melhorar a qualidade e segurança na assistência aos cidadãos/ utentes considerados emergentes e urgentes (alguns dos objectivos da CTAPRU). Assegurando cada

um destes aspectos nos SU, a CTAPRU reúne melhores condições para concretizar a sua missão a um nível mais alargado, nomeadamente ao nível de todas as Urgências de Portugal Continental, quer em ambiente hospitalar, quer em ambiente pré-hospitalar. Com a adopção do STM (implementado em grande parte dos Pontos de Rede definidos e em alguns ainda em processo de implementação), o funcionamento do Centro de Atendimento Telefónico do SNS (actual e recente), o reforço dos meios pré-hospitalares especializados a nível nacional (ainda em desenvolvimento), o alargamento do horário de funcionamento dos CS (a ser posto em prática) e a instalação da Reforma dos Cuidados Continuados e de Saúde Primários centrada na criação de Unidades de Saúde Familiares (em implementação), talvez estejamos no caminho de uma Rede de Urgências em Portugal, que responde com qualidade, segurança e equidade às necessidades de socorro da população. Estas concretizações/ intenções aproximam-se daquilo que constitui uma das responsabilidades do Estado Português para com os cidadãos, em matéria de Saúde e no contexto da emergência/ urgência, isto é, a garantia do acesso de todos os cidadãos a meios e/ ou estruturas de saúde, nos quais se prestam cuidados de natureza emergente e urgente, com uma distribuição racional e eficiente dos recursos.

Dada a relevância do STM na Requalificação das Urgências do SNS, poder-se-ão colocar as seguintes questões:

- ◆ Consistirá o STM, de entre os ST aplicados nos SU, o instrumento que melhor se aplica à realidade portuguesa?
- ◆ Tratar-se-á o STM de um instrumento seguro na identificação do cidadão/ utente com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente?

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

3.1.1 INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

O presente trabalho resulta de um estudo de investigação qualitativa. Possui, por isso, cinco características fundamentais (Bogdan & Biklen, 1994):

- ◆ O ambiente natural consiste na fonte directa dos dados, no qual o investigador detém o papel principal;
- ◆ Trata-se de um estudo descritivo;
- ◆ Existe um maior interesse pelos processos em detrimento dos resultados ou produtos;
- ◆ A análise dos dados é tendencialmente indutiva. Os dados ou provas não são colhidos com o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses, mas construir abstracções à medida que os dados são agrupados;
- ◆ É dada particular importância ao significado. Os investigadores interessam-se particularmente pelo modo como os sujeitos de investigação dão sentido às suas vidas. Estes são continuamente questionados no intuito de perceber aquilo que experimentam, o modo como interpretam as suas experiências e estruturam o seu mundo social [Psathas (1973) citado por Bogdan & Biklen (1994)]. Os investigadores ao apreenderem as perspectivas dos sujeitos de investigação apreendem também a dinâmica interna das situações, frequentemente invisível ao observador externo. A certificação de uma adequada apreensão das diferentes perspectivas, constitui de igual modo uma preocupação para os investigadores qualitativos, que se manifesta com o questionar continuo dos sujeitos da investigação e com o registo rigoroso do modo como as pessoas interpretam os significados.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), toda a investigação, seja ou não explícita, se baseia numa “orientação” ou “perspectiva teórica”, isto é, num “modo de entendimento do mundo, nas asserções que as pessoas têm sobre o que é importante e o que é que faz o mundo funcionar” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 52). A “orientação teórica” permite aos investigadores

colherem e analisarem os dados de investigação, ajuda à coerência dos dados e permite ir para além de um amontoado pouco sistemático e arbitrário de acontecimentos (Bogdan & Biklen, 1994).

3.1.2 PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

Segundo Bogdan e Biklen (1994), as abordagens qualitativas que se baseiam na perspectiva fenomenológica utilizam um conjunto de asserções que diferem das utilizadas quando se pretende estudar o comportamento humano, com o objectivo de descobrir factos e causas.

“Os investigadores fenomenologistas procuram compreender o significado que os acontecimentos e interacções têm para pessoas vulgares, em situações particulares” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 53). Os investigadores abstraem-se dos potenciais significados das coisas ou situações atribuídos pelas pessoas que vão estudar. De acordo com Psathas (1973), citado por Bogdan e Biklen (1994, p. 53), “a investigação fenomenológica começa com o silêncio”. O silêncio, pelos autores considerado “uma tentativa para captar aquilo que se estuda” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 53). Assim, Bogdan e Biklen (1994) consideram que os fenomenologistas dão particular importância à componente subjectiva do comportamento humano. Geertz (1973), citado por Bogdan e Biklen, (1994), refere que os investigadores fenomenologistas tentam mergulhar no mundo conceptual dos sujeitos de investigação, no intuito de compreenderem como e quais os significados que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas. Greene (1978), citado por Bogdan e Biklen (1994), consideram que os fenomenologistas acreditam ter múltiplas formas de interpretar as experiências, em função das interacções com os outros, e a realidade consiste no significado das nossas experiências.

O investigador qualitativo tem como objectivo compreender os sujeitos de acordo com os seus pontos de vista, que, segundo Bogdan e Biklen (1994), poderão não ser representativos do modo como os sujeitos da investigação pensam sobre si próprios. Assim, os investigadores deverão deter um esquema conceptual para fazerem as suas interpretações e terem noção das questões teóricas e metodológicas que se podem colocar.

3.1.3 ESTUDO DE CASO DE OBSERVAÇÃO

O estudo incidiu sobre uma das actividades desenvolvidas no SU de um hospital português, a triagem.

3.1.3.1 Técnica de colheita de dados - Entrevista

A técnica de colheita de dados de eleição neste tipo de estudo consiste, de acordo com Bogdan e Biklen (1994), na observação participante. Contudo, os autores consideram que a melhor forma de abordar os sujeitos da investigação, que partilham características particulares, não constituindo necessariamente um grupo, consiste na entrevista. Defendem que as perspectivas dos sujeitos de investigação são mais claras quando solicitadas individualmente e não quando observadas nas suas actividades (Bogdan & Biklen, 1994). Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), encontramos-nos no âmbito da observação indirecta, na qual o investigador se dirige ao sujeito de investigação para obter os dados/ informação procurados. A colheita de dados/ informação é feita assim indirectamente, existindo dois intermediários entre os dados/ informação procurados e os dados/ informação obtidos, o sujeito de investigação e o instrumento de colheita de dados/ informação ou guião de entrevista. Intermediários esses considerados fontes de deformação e de erro, a serem controlados para que a informação obtida não seja voluntária ou involuntariamente falseada.

Bogdan e Biklen (1994, p. 134) definem entrevista como sendo uma “conversa intencional, geralmente entre duas pessoas (...) dirigida por uma das pessoas, com o objectivo de obter informações sobre a outra”.

“A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam os aspectos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134).

A realização de uma entrevista implica a aplicação dos processos fundamentais da comunicação e da interacção humana (Quivy & Campenhoudt, 2003), que permitem ao investigador obter dados/ informações muito ricos e matizados (Quivy & Campenhoudt, 2003).

A entrevista implica o contacto directo do investigador com o sujeito da investigação, verificando-se uma verdadeira troca. O sujeito da investigação exprime as suas experiências, percepções e/ ou interpretações do(s) acontecimento(s)/ situação(ões), que é facilitada pela

colocação de questões abertas e reacções do investigador. Este, por sua vez, evita que essa expressão se afaste dos objectivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade (Quivy & Campenhoudt, 2003).

A entrevista realizada neste estudo foi do tipo semidirectivo ou semidirigido (Quivy & Campenhoudt, 2003, e Albarello, Digneffe, Hiernaux *et al*, 1997), semiestruturada (Bogdan & Biklen, 1994), guiada ou focalizada (Bell, 1997), dado não ser inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de questões precisas (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Para a realização da entrevista foi construído um guião da entrevista, que consiste num instrumento de observação indirecta, cuja função consiste na produção ou registo das informações requeridas (Quivy & Campenhoudt, 2003). O guião de entrevista serve também para orientar o investigador no momento da colheita de dados, assegurando que todos os aspectos de que pretende obter informação são abordados. Segundo Albarello, Digneffe, Hiernaux *et al* (1997), a utilização de um guião de entrevista coloca o sujeito de investigação em condições de se exprimir, seguindo o curso do seu pensamento (Anexo VI).

No momento da entrevista, as questões não são necessariamente colocadas pela ordem em que se encontram anotadas e sob a formulação prevista em guião (Quivy & Campenhoudt, 2003). Tal facto denota a existência de uma determinada estrutura, dentro da qual é conferido ao sujeito de investigação uma margem considerável de movimentos (Bell, 1997). Colocadas as questões, os sujeitos de investigação têm a liberdade de falarem sobre o assunto e expressarem as suas opiniões (Bell, 1997). Segundo Albarello, Digneffe, Hiernaux *et al* (1997), as entrevistas do tipo semidirectivo permitem que o sujeito da investigação estruture o seu pensamento em torno do objecto perspectivado, respondendo às questões colocadas, acrescente e aprofunde aspectos relacionados com aquele objecto, os quais não seriam explicitados se a entrevista fosse directiva.

A aplicação do guião de entrevista implica a sua validação, através da realização de entrevistas. Neste estudo realizaram-se cinco entrevistas teste, que resultaram em posteriores alterações do guião de entrevista, que se prenderam essencialmente com a simplificação das questões, nem sempre entendidas pelos potenciais sujeitos de investigação, não tendo sido identificado qualquer tipo de irregularidade na forma de condução da entrevista.

Melhorado o guião de entrevista, realizaram-se dez entrevistas do tipo semidirectivo para a colheita de dados/ informação do presente estudo.

3.1.3.2 População alvo

A população-alvo deste estudo consiste nos cidadãos/ utentes do SU hospitalar de um hospital português, onde se encontra implementado o STM.

3.1.3.3 Amostra/ sujeitos de investigação

A escolha dos sujeitos de investigação, segundo Fortin (1996), procede-se de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, os quais deverão assegurar uma relação íntima dos sujeitos da investigação com a experiência que se quer descrever e analisar.

3.1.3.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão no estudo prendiam-se inicialmente com as características pessoais dos cidadãos/ utentes, suas habilitações literárias e a frequência de utilização do SU de um hospital português no período de um ano:

- ◆ Frequência de utilização do SU igual ou superior a três, no período de 31 de Janeiro de 2006 a 30 de Janeiro de 2007;
- ◆ Cidadão/ utente do SU de um hospital português, pertencente à área de residência do mesmo hospital;
- ◆ Habilitações literárias iguais ou superiores ao 12.º ano de escolaridade;
- ◆ Idade superior aos 18 anos.

A escolha do critério “Frequência de utilização do SU de um hospital português igual ou superior a três, no período de 31 de Janeiro de 2006 a 30 de Janeiro de 2007” deveu-se à necessidade de se incluírem no estudo cidadãos/ utentes com várias experiências recentes de admissão/ triagem no SU. Isto para que os cidadãos/ utentes opinem sobre as suas experiências recentes no SU, revelem o seu conhecimento em matéria de triagem e de que modo esse conhecimento influi os seus comportamentos futuros.

A determinação do critério “Cidadão/ utente do SU de um hospital português, pertencente à área de residência do mesmo hospital” visa obter cidadãos/ utentes que tenham recorrido um maior número de vezes ao SU.

O critério “Habilitações literárias iguais ou superiores ao 12.º ano de escolaridade” surge da necessidade de se obterem entrevistas mais ricas, no que respeita ao conteúdo, e impliquem mais crítica sobre as experiências vividas.

O critério “Idade superior aos 18 anos” resulta do critério de inclusão “Habilitações literárias iguais ou superiores ao 12.º ano de escolaridade”. Este nível de escolaridade, geralmente é conseguido aos 18 anos.

Após a realização das entrevistas-teste procedeu-se à reformulação dos critérios de inclusão no estudo, que consistem:

- ◆ Frequência de utilização do SU igual ou superior a 3, no período de 31 de Janeiro de 2006 a 30 de Janeiro de 2007;
- ◆ Cidadão/ utente classificado com categoria de urgência “Amarela”, “Verde” ou “Azul”;
- ◆ Cidadão/ utente do SU de um hospital português, pertencente à área de residência do mesmo hospital;
- ◆ Habilitações literárias iguais ou superiores ao 9.º ano de escolaridade;
- ◆ Idade compreendida entre os 18 e os 68 anos, inclusive.

A reformulação dos critérios de inclusão prendeu-se essencialmente com a idade e habilitações literárias dos cidadãos/ utentes. O primeiro, inicialmente definido para cidadãos/ utentes com “Idade superior a 18 anos”, passou a “Idade compreendida entre os 18 e os 58 anos, inclusive”. O segundo (habilitações literárias), primeiramente definido “Habilitações literárias iguais ou superiores ao 12.º ano de escolaridade”, passou a “Habilitações literárias iguais ou superiores ao 9.º ano de escolaridade”. As alterações instituídas deveram-se à dificuldade em encontrar cidadãos/ utentes com habilitações literárias iguais ou superiores ao 12.º ano de escolaridade, que tivessem utilizado três vezes ou mais o SU no período de 31 de Janeiro de 2006 a 31 de Janeiro de 2007.

Na fase de validação do instrumento de colheita de dados constatou-se, à medida que os potenciais sujeitos de investigação eram abordados, que os cidadãos/ utentes que mais frequentemente utilizavam o SU se tratavam de cidadãos/ utentes com índices de escolaridade muito baixos (“Sem Escolaridade” ou com o “4.º ano de escolaridade”), pertencentes a faixas etárias elevadas. O critério relativo às habilitações literárias foi então alargado ao 9.º ano de escolaridade e, conseqüentemente, o critério relativo à idade foi limitado à faixa etária dos 18 aos 58 anos de idade, inclusive. Deste modo, aumentou-se a probabilidade de serem conseguidos sujeitos de investigação dotados de um discurso mais ricos e que tivessem recorrido três vezes ou mais ao SU do hospital português em estudo, no período de 31 de Janeiro de 2006 a 30 de Janeiro de 2007.

Ainda no que respeita à reformulação dos critérios de inclusão no estudo, acrescentou-se o critério relativo às categorias de urgência atribuídas aos cidadãos/ utentes. A inexistência deste critério implicou, no período de validação do guião de entrevista, a inclusão no estudo de cidadãos/ utentes com categorias de triagem “Vermelha ou Emergente”, “Laranja ou Muito Urgente” e “Branca”. Tal facto não foi possível, dada a natureza das situações experimentadas pelos cidadãos/ utentes com aquele tipo de categorias de urgência. De acordo com o Grupo de Triagem de Manchester, os cidadãos/ utentes com categorias de urgência “Vermelha ou Emergente” e “Laranja ou Muito Urgente” podem apresentar risco de vida, risco de perda de um órgão ou risco de perda de um membro, senão forem postas em prática intervenções clínicas no imediato ou nos 10 minutos subsequentes à triagem, respectivamente. Para além deste facto, constatou-se também que os cidadãos/ utentes com categoria de urgência “Laranja ou Muito Urgente” e que mais frequentaram o SU, não reuniam condições físicas, psíquicas e, algumas vezes, emocionais, para responderem às questões do guião da entrevista. Tratavam-se de pessoas maioritariamente idosas, com alteração do seu estado de consciência e um índice de escolaridade muito baixo. Atendendo aos aspectos referidos, os cidadãos/ utentes com categorias de urgência “Vermelha ou Emergente” e “Laranja ou Muito Urgente” não fazem parte integrante deste estudo.

Os cidadãos/ utentes com categoria de urgência “Branca” também não integram o estudo, dado não consistirem um verdadeiro episódio de urgência. As situações experimentadas por estes cidadãos/ utente já são conhecidas pelos médicos, que encaminham o cidadão/ utente.

Assim definiu-se como critério de inclusão no estudo “cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência “Amarela ou Urgente”, “Verde ou Pouco Urgente” ou “Azul ou Não Urgente””.

3.1.3.3.2 Método de amostragem

A realização das entrevistas ocorreu nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2006, em períodos de tempo determinados para o efeito e no espaço físico dos gabinetes, onde se realiza o atendimento dos cidadãos/ utentes com categoria de urgência “Laranja ou Muito Urgente”.

A abordagem inicial dos cidadãos/ utentes ocorreu no espaço físico da Triagem e na Sala de Espera dos Doentes Triados. Após consulta prévia dos dados informatizados dos

cidadãos/ utentes admitidos naquele dia no SU, referente ao número de episódios de urgência no período de 31 de Janeiro de 2006 a 30 de Janeiro de 2007. Obtidos os nomes dos cidadãos/ utentes com três ou mais episódios de urgência naquele período, procedeu-se à abordagem dos cidadãos/ utentes. Esta compreendeu a apresentação do investigador, o fornecimento de informação sobre o desenvolvimento de um estudo relativo à prática de cuidados de saúde no SU, a aplicação das questões que integram os critérios de inclusão no estudo, o convite dos cidadãos/ utentes a fazerem parte do estudo e a garantia sobre a confidencialidade dos dados/ informações fornecidas. Após a abordagem do cidadão/ utente obteve-se a aceitação do mesmo em integrar o estudo.

Atendendo à descrição efectuada, considera-se que o método de amostragem utilizado para reunir os sujeitos da investigação foi dirigido, por conveniência. Isto é, a selecção de cada sujeito de investigação baseou-se em juízos de valor sobre a população-alvo, de modo a que a amostra representasse determinadas características da população (Reis, Melo, Andrade *et al*, 2001). Contudo, este método de amostragem, não permite conhecer a probabilidade de determinado elemento do universo ser seleccionado para constituir a amostra (Reis, Melo, Andrade *et al*, 2001). O tipo de amostragem por conveniência baseia-se na premissa de que existem pessoas mais disponíveis e acessíveis para responder às questões da entrevista (Reis, Melo, Andrade *et al*, 2001). Este trata-se de um tipo de amostragem atractivo, que envolve menos dificuldades e menores custos, comparativamente a qualquer processo de amostragem aleatório, no qual não é possível falar de representatividade, mas sim da possibilidade de evitar um enviesamento sistemático (Reis, Melo, Andrade *et al*, 2001).

3.1.3.3.3 Caracterização dos sujeitos de investigação

Os sujeitos da investigação constituem uma amostra de dez elementos, cujas características, no momento da entrevista, estão dispostas na tabela da página seguinte (Tab.7).

3.1.3.4 Local de colheita de dados

O local escolhido para a colheita de dados consistiu no SU de um hospital português, onde está implementado o STM. Mais precisamente num dos gabinetes médicos, onde se realiza o atendimento dos cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência “Laranja” ou “Muito Urgente”.

Tab.7. Caracterização dos sujeitos da investigação

SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO	CARACTERÍSTICAS				
	<i>Idade</i>	<i>Habilitações literárias</i>	<i>N.º de episódios de urgência</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Motivo de admissão no SU</i>
E1	51	12.º	8	Epilepsia; Patologia da tiróide; Insuficiência cardíaca valvular; Osteoporose; Fibromialgia; Doença psiquiátrica.	Edema e dor no pé, resultado de queda.
E2	26	9.º	3		Dor torácica anterior, no contexto de queda.
E3	58	Doutoramento	5		Aquisição de informação relativa a antibioterapia.
E4	21	11.º	10	Diabetes Mellitus	Dor abdominal e lombar.
E5	22	12.º	3	Diabetes Mellitus (em estudo)	Lombalgia e hipoglicémia.
E6	33	9.º	3	Beta-talassémia	Dor ocular, alterações do globo ocular e da acuidade visual.
E7	23	9.º	3		Erupções cutâneas.
E8	27	11.º	3		Dor de garganta.
E9	22	Licenciatura	3		Dor torácica anterior, à direita.
E10	29	9.º	4		Dor torácica posterior, resultado de “mau jeito”.

3.1.3.5 Aspectos ético-deontológicos

Para a realização do presente estudo, foi elaborado um requerimento dirigido ao Conselho de Administração do hospital português onde se pretendia fazer o estudo, que autorizasse a aplicação do guião da entrevista. O requerimento integra o compromisso da autora do estudo em:

- ◆ Esclarecer os cidadãos/ utentes e acompanhantes sobre os objectivos do estudo, de modo a que se prontificassem voluntariamente a prestar a sua colaboração;
- ◆ Salvar a privacidade e identidade dos cidadãos/ utentes e acompanhantes, atendendo aos procedimentos éticos habituais neste tipo de estudos;
- ◆ Colocar os resultados da investigação ao dispor daquele hospital.

O requerimento fez-se acompanhar de um documento, onde constava a súmula do projecto do presente estudo e o guião de entrevista. Os documentos foram remetidos para a Comissão de Ética do hospital português, que, após seis meses, deu parecer favorável à aplicação do guião da entrevista.

3.1.3.6 Técnica de análise dos dados – Análise de Conteúdo

A técnica de colheita de dados utilizada consistiu na Análise de Conteúdo, que consiste, segundo Krippendorff (1980), citado por Vala (1986, p.103), numa “técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o contexto”. As inferências que, segundo Bardin (1979), citado por Vala (1986, p.103), permitem “a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição do sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas”.

Vala (1986, p.104) considera a análise de conteúdo “uma técnica de tratamento de informação”, que permite fazer inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o material objecto de análise ou sobre o destinatário das mensagens. Considera também que esta técnica tem como objectivo efectuar inferências, com base numa lógica explicitada sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Vala (1986, p.104) descreve de forma clara as condições de produção de uma análise de conteúdo. Segundo o autor, os dados colhidos pelo investigador, agora dissociados da fonte

e das condições gerais em que foram produzidos, são colocados num novo contexto. Contexto esse construído com base no objecto e objectivos do estudo. Vala (1986) considera que para proceder às inferências a partir dos dados, o investigador recorre a um sistema de conceitos analíticos, cuja articulação permite formular as regras da inferência. O autor considera também que o material sujeito a análise resulta de uma rede complexa de condições de produção, cabendo ao investigador construir um modelo capaz de permitir inferências sobre uma ou várias condições de produção. O processo consiste em desmontar um discurso e construir outro, através de um processo de localização, ou seja, um processo de atribuição de traços de significação, que resultam de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise (Vala, 1986).

A análise de conteúdo pode integrar-se em qualquer dos grandes métodos de investigação (experimental, medida ou análise extensiva, casos ou análise intensiva) e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica (descritivo, correlacional, causal) (Vala, 1986).

Vala (1986) considera a análise de conteúdo, a técnica privilegiada a utilizar no tratamento de dados em investigação descritiva, na qual se pretende descrever fenómenos. A este nível de investigação são reunidos dados de forma controlada e sistematizada, a serem organizados e classificados. A aplicação desta técnica permite obter informação sobre a importância atribuída a determinado tema, pelos sujeitos de investigação (v.g. vida familiar) (Vala, 1986).

Osgood (1959), citado por Vala (1986), sugere a escolha de uma direcção, de entre as existentes, para orientar a pesquisa do investigador, como sejam:

- ◆ Análise de ocorrências: ocupa-se da determinação da frequência com que ocorrem determinados objectos (interessa o que acontece e o que é importante);
- ◆ Análise avaliativa: ocupa-se da identificação das características ou atributos associados aos diferentes objectos (o que é avaliado e como);
- ◆ Análise associativa: ocupa-se da identificação da associação ou dissociação entre os objectos (a estrutura de relações entre objectos).

A escolha de qualquer uma das direcções implica a (Vala, 1986):

- ◆ Delimitação dos objectivos do estudo;
- ◆ Definição de um quadro de referência teórico (orientador da pesquisa);

- ◆ Constituição de um *corpus*;
- ◆ Definição de categorias;
- ◆ Definição das unidades de análise (Vala, 1986).

Na delimitação dos objectivos do estudo e na definição de um quadro de referência teórico, o investigador terá que seleccionar conceitos analíticos, referentes a um ou vários modelos teóricos (Vala, 1986).

O *corpus* de análise é constituído por todo o material a analisar (Vala, 1986), i.e., as entrevistas transcritas. Entrevistas que foram analisadas na sua globalidade, procedendo-se à definição de categorias, subcategorias e sub-subcategorias (Tab.8). Este processo, denominado categorização, visa simplificar, para potenciar, a apreensão e, se possível, a explicação dos fenómenos (Vala, 1986).

A categoria é habitualmente composta por um termo-chave, que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e por outros indicadores, que descrevem o campo semântico do conceito (Vala, 1986). A passagem dos indicadores aos conceitos é uma operação de atribuição de sentido (Vala, 1986).

Para subcategorias da categoria “Motivos de admissão dos cidadãos/ utentes no SU” foram utilizados os termos do STM, que correspondem aos termos denominadores de alguns fluxogramas do mesmo.

Por cada categoria, subcategoria ou sub-subcategoria foram distribuídas unidades de registo (Anexo VI).

Uma unidade de registo consiste num “segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa determinada categoria” (Vala, 1986, p.114). A unidade de registo pode ser caracterizada por uma unidade de contexto, que, à semelhança da anterior, trata-se de uma unidade de análise, que consiste num “segmento mais largo de conteúdo que o investigador examina quando caracteriza uma unidade registo” (Vala, 1986, p.114) (Anexo VI). Vala (1986) considera a unidade de contexto, um suporte importante de validade e fidelidade do trabalho dos investigadores. Considera também que, quanto mais extensas forem as unidades de análise, mais dificuldades se levantam à validade interna da análise (Vala, 1986). Por este motivo, procurou-se neste estudo obter segmentos de análise curtos.

Por outro lado, foi também assegurada a exaustividade e exclusividade das categorias de análise, através da colocação de uma unidade de registo numa só categoria de análise (Vala, 1986).

Tabela 8. Símula da Análise de Conteúdo

Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias
Motivos de admissão dos cidadãos/ utentes no SU	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dor torácica</i> - <i>Dor abdominal</i> - <i>Dor de garganta</i> - <i>Diabetes</i> - <i>Dispneia</i> - <i>Indisposição no adulto</i> - <i>Erupções cutâneas</i> - <i>Problemas oftalmológicos</i> - <i>Dor lombar</i> - <i>Problemas urinários</i> - <i>Grande traumatismo</i> - <i>Agressão</i> - <i>Queda</i> - <i>TCE</i> - <i>Problemas estomatológicos</i> - <i>Infecções locais e abscessos</i> - <i>Outros</i> 	
Incapacidade de resposta dos CS	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Infra-estruturas inadequadas</i> - <i>Inexistência de especialidades médico-cirúrgicas</i> - <i>Inexistência de MCDT</i> - <i>Inexistência ou ausência temporária do médico de família</i> - <i>Inexistência de vagas para consulta médica no próprio dia</i> - <i>Limitação no horário de funcionamento, para consultas não programadas</i> - <i>Demora no diagnóstico e tratamento da patologia</i> 	

Categorias	Subcategorias	Sub-subcategoria
Vantagens/ desvantagens do STM	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tempo de espera para a triagem</i> - <i>Tempo de espera para o primeiro atendimento médico</i> - <i>Método de triagem</i> <i>Encaminhamento pós-triagem</i> - <i>Falta de informação</i> - <i>Atendimento técnico</i> - <i>Demora no episódio de urgência</i> - <i>Existência de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)</i> - <i>Custo/ despesa no episódio de urgência</i> - <i>Gestão operacional</i> <i>Presença de estagiários</i> 	
Conhecimento relativo ao método de triagem implementado no SU de um hospital português	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Significado da cor/ categoria de urgência atribuída</i> - <i>Conceito de triagem</i> - <i>Questões realizadas aquando a triagem</i> - <i>Questões esperadas aquando a triagem</i> - <i>Procedimentos realizados na triagem</i> - <i>Critérios determinantes da cor/ categoria de urgência atribuída</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia externa e hematomas - Problemas do foro cardíaco - Lipotímia/ “Desmaio”, Hipotensão, Hipoglicémia - Sinais - Diabetes: Hiperglicémia - Alterações cutâneas da face associadas à dor - Febre - Idosos - Pessoa vítima de acidente - Pessoa vítima de queda - Dispneia/ “Falta de ar”/ SatO2 periférica

Categorias	Subcategorias	Sub-subcategoria
<p>Conhecimento relativo ao método de triagem implementado no SU de um hospital português</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Critérios determinantes da cor/ categoria de urgência atribuída</i> - <i>Critérios valorizados pelo cidadão/ utente na atribuição da cor/ categoria de urgência</i> - <i>Associação de sinais e/ ou sintomas à prontidão no atendimento</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - TA; - Dor; - Localização da dor ; - Sinais e sintomas evidenciados numa constipação (rinorreia, congestionamento nasal, ...) - Alteração da acuidade visual e alteração física do globo ocular - Febre/ “Mau estar” - Vitima de acidente de viação - Transporte ao hospital efectuado pelo INEM - Duração da queixa - Dificuldade/ incapacidade de realizar as actividades de vida diárias - Dor - Dor torácica -
<p>Predisposição dos cidadãos/ utentes para manipularem o STM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dos outros cidadãos/ utentes</i> - <i>Própria</i> - <i>Própria, referido por outrem</i> 	

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Percepções dos cidadãos/ utentes do SU do hospital português, onde se encontra implementado o STM, relativas à utilização do SU

Os cidadãos/ utentes consideram serem *motivos de admissão no SU, a presença de:*

Dor torácica,

- ◆ Com características cardíacas ou suspeita de patologia cardíaca (intimamente relacionada com experiências anteriores):

[A dor experimentada por E9 num episódio anterior] *“Começou-me a apanhar o braço e aqui à frente” [hemitórax esquerdo]. (E9);*

“Normalmente quando o meu avô tinha dores no peito intensas, era sempre à adivinhar que era um enfarte...” (E4),

- ◆ Com características pleuríticas ou suspeita de patologia pulmonar (relacionada com experiências anteriores):

[A dor que E9 experimenta localiza-se] *“nas costas, no lado direito.” (E9);*

[E9 compara a dor actual com a que tivera noutra episódio de urgência e que fora associada a um Pneumotorác] *“Não tão forte como a outra.” (E9),*

- ◆ Resultantes de queda e/ ou “mau jeito”:

[Relativamente ao episódio de urgência actual, resultante de uma queda] *“Acho que fracturei aqui uma costela.” (E2);*

[E10 associa a sua dor torácica posterior] *“Deve ter sido um mau jeito, que devo ter dado.” (E10).*

Dor abdominal,

- ◆ Intensa e associada a uma possível gravidez ou mesmo no contexto de gravidez:

[Leia-se dor abdominal e dor lombar, respectivamente] *“Tenho dores nos ovários e rins, muito fortes.” (E4);*

[Coadjuvando-se à dor abdominal e dor lombar, E4 refere] “*Tenho a menstruação atrasada.*” (E4);

[Coadjuvando-se à dor abdominal, à dor lombar e ao atraso da menstruação] “*Eu estou a tentar engravidar.*” (E4);

[Nos episódios anteriores referidos] “*Estava grávida.*” (E6);

[Nos episódios anteriores] “*Sentia imensas dores de barriga.*” (E6),

◆ Suspeita de “Apendicite Aguda”:

[Exemplo utilizado por E6, a ser admitido no SU] “*Quando vêm com problemas de apendicite.*” (E6),

◆ Associada a problemas ginecológicos e outros:

[Os motivos que levaram E7 ao SU] “*Foram dores de estômago, um problema no ovário.*” (E7).

Dor de garganta

◆ Que não responde à terapêutica:

[“*A última vez foi uma angina*”] “*não passava.*” (E2),

◆ Outra:

[“*Tenho uma inflamação*”] “*que provavelmente deve ser um abscesso na garganta.*” (E8).

Diabetes

◆ Hiperglicémia:

[“*Quando os meus diabetes estão a subir.*”] “*e eu não consigo controlar*” (E4),

◆ Hipoglicémia:

“*Eu desta vez vim mais uma vez com uma crise de hipoglicemia.*” (E5),

◆ Cidadãos/ utentes diabéticos com qualquer outro tipo de afecção/ patologia:

[E1 considera que deverão recorrer ao SU] “*diabéticos.*” (E1).

Dispneia

◆ Isolada, sem qualquer tipo de associação:

[E9 considera motivo de admissão no SU] “*Uma pessoa sentir falta de ar.*” (E9);

◆ Associada a eventual patologia cardíaca:

[*"Essas coisas do coração e faltas de ar..."*] *"Acho que essas situações devem vir ao hospital."* (E4),

Problemas nos membros

- ◆ Associado a trauma por queda:

[*"O pé está inchado"*] *"por ... ter caído."*,

Indisposição no adulto

- ◆ Por agudização da patologia cardíaca instalada:

"Em geral, venho por causa do coração." (E1);

[E1 considera que deverão recorrer ao SU pessoas] *"que sofram do coração"*. (E1),

- ◆ Suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

[E9 considera motivo de admissão no SU] *"ataques vasculares cerebrais"* (E9),

- ◆ Síndrome Gripal com ou sem "muita febre":

[Os SU *"Para uma simples gripe não"*] *"mas uma gripe com muita febre"*. (E1);

"Normalmente é ... as gripes ou muita tosse." (E10),

- ◆ Constipações em cidadãos/ utentes com doença crónica e tomam uma terapêutica específica:

[*"Uma pessoa que está constipada"*] *"como eu."* (E1);

"Pessoas ... que tomam o "varfine". (E1),

- ◆ Lipotimia/ "Desmaio":

[E2 considera uma *"coisa grave"*] *"um desmaio"* (E2);

[*"Com os desmaios ... não vou estar à espera do médico de família."*] *"Vou ter que ir ao SU"*. (E5),

- ◆ Dor:

"Normalmente é a dor." (E3),

"Quando estou com dores muito fortes". (E4),

"A dor é o primeiro motivo que me leva ao SU." (E10),

Erupções cutâneas

"Hoje acordei com manchas no corpo". (E7),

Problemas oftalmológicos

“Às vezes por causa da vista.” (E1);

“*Eu tapo a minha vista direita ... e não vejo quase nada.*” (E6),

Dor lombar

◆ Sem melhoria:

[E5 recorrer ao SU na 5.ª feira pelo mesmo motivo] “*Desde 5 feira ... não aguento as dores e não me sinto bem.*”,

◆ Com afecção das actividades de vida diária:

“*Já estou a ter outras dificuldades, a andar, a ir à casa de banho.*” (E5),

◆ Coadjuvada de outros sinais e sintomas:

[Coadjuvando-se à dor lombar e sensação de inchaço, E5 refere] “*Dores de cabeça muito fortes.*” (E5),

Problemas urinários

◆ Retenção urinária:

“*Tive retenção urinária total.*” (E3),

Grande traumatismo

◆ Acidente de viação:

[“Se os CS fossem uma ajuda no momento” E2 considera que se dirigiam ao SU] “*Só coisas extremamente urgentes, como um acidente de automóvel.*” (E2);

[E7 refere-se a episódio de urgência anterior] “*o acidente de viação.*” (E7),

◆ Atropelamento:

[E9 considera um “*caso mesmo grave*” o] “*de uma pessoa ... atropelada.*” (E9),

Agressão

[E2 considera que “*se os CS fossem uma ajuda no momento*”, recorreriam ao SU situações extremamente urgentes resultantes de] “*alguém que esfaqueou alguém.*” (E2),

Quedas

“*Por exemplo, no meu caso, que me farto de cair.*” (E1);

[*"Coisas inesperadas"*] *"uma queda..."* (E10),

TCE

"Quando a pessoa bate com a cabeça". (E4),

Problemas estomatológicos

[E10 refere-se a um episódio de urgência anterior] *"Uma foi por causa dos dentes."*,

Infecções locais e abscessos, para obtenção de informação relativa a antibioterapia:

"Quería saber se continuava o antibiótico ou não." (E3);

[E3 referente à consulta de Cirurgia Geral, na qual iria obter a informação que pretendia, continuar ou não a tomar o antibiótico] *"só tenho consulta no dia 21 e teria que ir a uma das urgências ou lá ou cá."* (E3),

Outros:

◆ Idosos:

[E2 considera que *"se os CS fossem uma ajuda no momento"*, recorreriam ao SU *"Pessoas com uma certa idade"*] *"que acham que correm risco de vida."* (E2),

◆ Doenças infecto-contagiosas:

"As doenças infecto-contagiosas." (E8),

◆ Incapacidade de resposta do CS à situação de urgência por inexistência de:

– Consulta com o Médico de Família:

[E5 considera possível a admissão de uma pessoa no SU] *"Na ausência de uma possível consulta no médico"* [ao nível do CS]. (E5),

– MCDT:

[E2 considera um episódio de *"urgência menos grave"*, aquele que a pessoa recorre ao SU por] *"não ter acesso ... a certo tipo de equipamento"* [no CS] (E2),

– Especialidades médico-cirúrgicas:

"Quando estamos numa situação em que já fomos ao médico de família." [e o mesmo não conseguiu resolver o problema] (E2);

[E9 considera possível a utilização dos SU por pessoas que já tenham recorrido ao CS] *"e tenham sido encaminhadas para aqui"* [SU]. (E9).

Os cidadãos/ utentes consideram *vantagens e desvantagens da utilização do SU do hospital português*, onde está implementado o STM, mais ou menos relacionadas com aquele instrumento:

◆ Vantagens:

- A variação do *tempo de espera para a triagem* consistir de muito bom a razoável:

[Habitualmente] *"A triagem é muito rápida"*. (E3);

"É um tempo de espera ... razoável." (E8),

- Existir um bom *atendimento pelos profissionais de saúde*, no que respeita às competências técnicas e relação de ajuda:

"Quando somos atendidos, somos bem atendidos." (E2);

"As auxiliares e as enfermeiras..., os médicos ... não tive razão de queixa." (E9),

- A *resolução da situação que levou o cidadão/ utente ao SU hospitalar*:

"Aqui chegamos ao médico e fica tudo resolvido." (E2);

"A questão é saber no imediato o que provoca a dor." (E10),

- A *existência de meios complementares de diagnóstico e terapêutica*:

[Ir ao CS] *"Para depois eu vir para aqui"*. (E1);

[*"Para depois eu vir para aqui"*] *"para me darem a vitamina K?"* (E1);

[Relativamente aos exames complementares de diagnóstico (análises e RX)]

"Faz-se tudo no mesmo sítio". (E10),

- O *custo/ despesa do diagnóstico da situação* é mais "em conta", relativamente ao custo/ despesa envolvido no diagnóstico da mesma, ao nível do CS:

"Os preços são mais em conta". (E10);

[*"Os preços são muito mais em conta"*] *"e fica-se logo com tudo"*. (E10);

[*"Compensa."*] *"Acredite que sim."* (E10),

- É um *recurso alternativo aos CS*, pela incapacidade de resposta dos mesmos às situações experimentadas pelos cidadãos/ utentes, evidenciada pela:

- Inexistência de infra-estruturas adequadas:
 - [E10 considera os CS] “*Sítios muito pequeninos (...)*”;
 - [E10 considera os CS sítios] “*(...) muito fechados (...)*” (E10);
 - [E10 considera os CS sítios] “*(...) onde há muita gente (...)*” (E10),
- Inexistência de especialidades médico-cirúrgicas:
 - “*A minha médica diz-me logo, isso tem que ser o hematologista.*” (E1),
- Inexistência de MCDT:
 - [“*Se o CS tivesse uma máquina de fazer ecografias (...)*”] “*(...) não tinha que vir ao hospital (...)*”,
- Inexistência ou ausência temporária do médico de família:
 - [E3 recorre ao SU porque] “*(...) não tinha médico (...)*” (E3),
- Inexistência de vagas para consulta médica no próprio dia:
 - “*O que muitas vezes acontece é que uma pessoa ... não tem vagas (...)*”. (E2),
- Horário de funcionamento limitado para consultas não programadas:
 - [“*Não fui ao CS porquê?*”] “*Porque se eu fosse ao CS era só à noite a urgência do CS.*” (E2);
 - “*No meu CS (...) as urgências (...) são até às oito da noite (...)*”. (E2),
- Demora no diagnóstico e tratamento da situação:
 - [Ao nível do CS] “*a medicação é sempre a primeira opção*” (...) (E10);
 - [Relativamente aos ECD] “*(...) é tudo feito fora*”. (E10).
- ◆ Desvantagens:
 - O tempo de espera para o primeiro atendimento médico é muito demorado:
 - “*Estou desde as dez da manhã até às quatro da tarde.*” (E5);
 - “*O negativo é o tempo de espera*”. (E9),
 - O método de triagem é inadequado, o qual é associado ao elevado tempo de espera para o primeiro atendimento médico:

“se calhar mudando o método da triagem, ... os médicos conseguiam trabalhar de maneira diferente” . (E2);

“a triagem não é feita como deveria ser.” (E2);

[E6 refere-se à triagem propriamente dita e ao primeiro atendimento médico]

“Acho mal irmos duas vezes à triagem” . (E6)

- *O encaminhamento realizado na triagem é incorrecto:*

[Num episódio anterior] *“Faltava-me muito o ar” . (E1)*

[Na triagem] *“ em vez de me mandarem para Medicina, enviaram-me para Pneumologia.” (E1)* [Entenda-se Sala de Aerossóis. Procedimento correcto, encontrando-se de acordo com os protocolos existentes no SU hospitalar em estudo].

- *Há falta de informação* relativa aos tempos de espera para cada cidadão/utente:

“Falta de informação.” (E3);

[Falta de informação tipo] *“ Quantas pessoas estão à minha frente.” (E3),*

- *É inadequada a gestão das equipas médicas:*

“Se calhar tem a ver um bocado com a organização dos médicos na altura.” (E2);

[Relativamente a um episódio de urgência anterior] *“Se eu não tivesse chamado o médico que estava a organizar os outros médicos do Serviço, eu não tinha sido atendida.” (E2),*

- *Existe uma grande demora no episódio de urgência⁷:*

“Tive aqui, acho que desde as dez da manhã, até às seis ou sete da tarde” . (E1);

“As análises demoram muito tempo.” (E5);

⁷ Tempo que resulta da soma dos tempos de espera para a triagem, o primeiro atendimento médico, a realização de ECD, a recepção dos ECD, o segundo atendimento médico e, eventualmente, para a observação por um médico especialista.

"A gente perde imenso tempo." (E6).

Conhecimento relativo ao STM

No que respeita ao STM, os cidadãos/ utentes do SU do hospital português consideram que a pulseira que utilizam e lhes é atribuída no momento da triagem corresponde:

- ◆ *Um tempo de espera para o primeiro atendimento médico:*

"Esta verde (...) significa que serei das pessoas que serão mais tarde atendidas (...)" (E1),

- ◆ *Uma prioridade de atendimento:*

"Tenho à minha frente outros doentes... prioritários." (E7),

- ◆ *Uma ordem pela qual os cidadãos/ utentes serão atendidos:*

"Esta pulseira é a ordem (...)" (E4),

- ◆ *A gravidade e/ ou grau de urgência da situação experimentada pelo cidadão/ utente:*

"Esta pulseira (...) é a gravidade da situação da pessoa." (E4);

"Temos a ideia que é o grau de urgência." (E6).

Relativamente à existência de diferentes cores nas pulseiras e seu respectivo significado, os cidadãos/ utentes do SU em estudo consideram, de uma forma geral, existirem várias cores, não detendo certeza do seu limite (número de cores existentes) e seus significados:

- ◆ *Existência de diferentes cores:*

"Acho que ainda há a verde (...)" (E2);

"Umaz verdes, umas vermelhas, ... amarelo e ... laranja." (E10),

- ◆ *Significado das cores das pulseiras:*

[A pulseira] *"Amarela deve ser não muito grave (...)" (E2);*

"A amarela e a laranja seriam aquelas que seriam as mais graves (...)" (E9);

[*"O sinal amarelo não sei muito bem o que quer dizer (...)"*] *"(...) se é pouco urgente?!" (E10).*

A cor “Vermelha ou Emergente” e “Branca” são omissas para muitos cidadãos/ utentes. Apenas um cidadão/ utente referiu existirem as cores, branca e vermelha: “*Vai desde o branco ao vermelho.*” (E3).

Embora os cidadãos/ utentes não tivessem sido questionados relativamente ao *conceito de triagem*, alguns referiram-se a alguns aspectos importantes do conceito de triagem, que vale a pena revelar. Assim os cidadãos/ utentes definiram triagem como um processo utilizado para determinar as prioridades dos cidadãos/ utentes, identificando-se os “mais gravemente doentes” que “devem ser atendidos mais rapidamente”:

[“*A triagem é precisamente para isso (...)*”] “*(...) estabelecer as prioridades.*” (E3),
“*As pessoas que estão mais gravemente doentes devem ser atendidas mais rapidamente.*” (E3).

Os cidadãos/ utentes recordam as *questões-tipo*, efectuadas no momento da triagem:

“*(...) o que é que se queixa?*” (E2);

“*(...) o que é que estou a sentir? (...)*” (E5);

“*(...) porque é que eu me tinha dirigido às urgências (...)*” (E6);

“*(...) o que é que eu tinha?*” (E7),

Alguns cidadãos/ utentes perceberam que “*Dependendo daquilo que (...) disser, fazem sempre outras perguntas (...)*” (E4), de modo aos profissionais triadores perceberem se existiram outros sintomas, “*(...) para ver se eu tive outros sintomas ou não (...)*” (E4), pois “*Há sempre qualquer coisa que escapa.*” (E4). “*A enfermeira perguntou-me se eu tinha tido enjoos, tonturas...*” (E4), [Relativamente às perguntas] “*Foi coisas que eu não me lembrei de dizer que tinha, mas que tinha tido.*” (E4).

Os cidadãos/ utentes recordam também a colocação de questões relativas à existência de:

◆ Dor:

“*Só me perguntaram se eu tinha dores.*” (E7);

“*Da última vez quando vim com o dente, com infecção, perguntaram-me se o ouvido doía*” (E10),

◆ Febre:

[“*Perguntam-me (...)*”] “*(...) se tive febre (...)*”. (E8);

" Perguntam sempre se teve febre." (E10),

◆ **Alergias:**

[" Perguntam-me (...)"] " (...) se sou alérgica a alguma coisa (...)" . (E8),

◆ **À realização de medicação específica:**

[" Perguntam-me (...)"] " (...) que medicamentos estou a fazer." (E8),

◆ **Ao mecanismo de lesão do incidente:**

[" Ele perguntou-me como é que tinha sido a queda (...)"] " (...) como é que eu caí (...)" . (E2),

◆ **Duração da queixa:**

[" Perguntam-me (...)"] " (...) há quanto tempo estou assim (...)" . (E8).

Os cidadãos/ utentes esperam nos próximos episódios de urgência que os profissionais de saúde os questionem quanto:

◆ **Ao(s) motivo(s) que os levaram ao SU:**

"Porque é que está aqui outra vez?" (E1),

◆ **Quanto aos " (...) sintomas (...)" . (E4):**

*[" Perguntavam-me o que é que se estava a passar, porque é que vim cá (...)"]
" (...) o que é que sentiu ..." (E5),*

- **À existência de febre:**

[" Se tinha febre (...)"] " (...) pelo menos é o que costuma acontecer sempre." (E7),

◆ **À medicação habitual:**

[Perguntavam sobre] " a medicação." (E4).

Os cidadãos/ utentes consideram que, de acordo com os sintomas apresentados, são feitas determinadas questões:

" Consoante os sintomas que nós damos ... são as perguntas que fazem." (E10);

[" Por acaso não estava à espera da febre."] " Não sabia que se associavam." (E10).

Relativamente aos procedimentos realizados no momento da triagem, os cidadãos/ utentes entendem que os profissionais triadores observam o cidadão/ utente, de acordo com a queixa por ele apresentada:

" Eles ... fazem uma pequena apreciação." (E2);

“Se for nos ouvidos, espreitam o que é que tem nos ouvidos (...)” (E2);

[“Da última vez quando vim com o dente, com infecção, perguntaram-me se o ouvido doía (...)”] “(...) viram o pescoço (...)” (E10), avaliam, por vezes, alguns parâmetros vitais, como a tensão arterial, a temperatura, a oximetria de pulso:

“Das outras vezes têm-me medido a tensão (...)” (E7);

“Medem a febre, às pessoas que acham que têm febre.” (E2);

“Vêem o nível de oxigénio (...)” (E9),

“Dão a tal pulseirinha.” (E2), com a respectiva cor, “(...) e depois encaminham (...)” (E2).

Os cidadãos/ utentes consideram que, a maior parte das vezes, nenhum procedimento é posto em prática:

“Não me fizeram nada mais.” (E1);

“Desta vez não me fizeram nada.” (E5);

“(...) não fizeram mais nada (...)”. (E7);

[“Das outras vezes têm-me medido a tensão, vêm se eu tenho febre.”] “Hoje não.” (E7).

Os cidadãos/ utentes do SU em estudo consideram serem *critérios valorizados pelos profissionais triadores* e determinantes da cor/ categoria de urgência atribuída:

◆ *A presença de hemorragia externa e hematomas:*

[“Se estivesse a sangrar nem me davam pulseira verde (...)”] “(...) mandavam-me logo com encarnada.” (E1);

“Possíveis hematomas que as pessoas tenham.” (E9),

◆ *A existência de patologia cardíaca previamente diagnosticada:*

[“Quando foi do coração, souberam que eu tinha posto o “pacemaker” há pouco tempo e não me sentia bem.”] “Mandaram-me a correr para aqui, em maca.” (E1);

[“Acho que valorizam mais (...)”] “a nível do coração.” (E9),

◆ *O “desmaio”/ lipotímia em diferentes contextos, nomeadamente Hipotensão e Hipoglicémia:*

[“Quando foi do coração (...) fui imediatamente atendida, fizeram-me as provas”] “(...) foi quando (...) desmaiei.” (E1);

[E1 associa o “desmaio” a] “Baixou-me a tensão e baixou-me o açúcar.” (E1),

- ◆ *Os sinais em detrimento dos sintomas, na medida que os primeiros poderão ser determinados objectivamente pelo profissional triador. De acordo com os cidadãos/ utentes, os profissionais triadores não valorizam os sintomas, a não ser que existam sinais evidentes do sintoma referido. Exemplificam com a existência de alteração da coloração da pele no contexto de dor:*

“Se eles vêm que a pessoa está branca ou amarela, já está mesmo muito mal (...)”. (E4).

Os cidadãos/ utentes consideram que a alteração do valor da glicemia (v.g. hiperglicémia) consiste num “sinal” mais valorizado pelos profissionais triadores, comparativamente ao sintoma dor, referida pelos cidadãos/ utentes que não apresentam sinais evidentes de dor:

[*“No meu caso (...) vêm que tenho uma glicemia de 400, 500 e entra uma pessoa com dor de barriga (...)”*] [*“(...) se calhar já não vai ser tão importante (...)”*] [refere-se ao sintoma “dor de barriga”]. (E4);

- ◆ *A presença de dor é por alguns cidadãos/ utentes considerado um critério valorizado pelos profissionais triadores aquando a triagem, ao contrário de outros:*

“Eu senti que não deram importância à minha dor.” (E6),

[E6 considera que por estar grávida e com dor não foram motivos valorizados pelo profissional triador e outros profissionais, no entanto refere-se aos gabinetes onde se faz o atendimento dos cidadãos/ utentes “muito urgentes”] [*“Entrei para aqui para a sala, depois estive imenso tempo.”*] (E6). (Entende-se que a dor de E6, no episódio de urgência a que se refere, foi valorizada pelo profissional triador, dado ter sido encaminhada para os gabinetes de atendimento dos cidadãos/ utentes “Muito Urgentes ou Laranjas”. A percepção dos cidadãos/ utentes relativamente à desvalorização da dor pelos profissionais triadores, parece dever-se ao facto de não se proceder de imediato à eliminação ou minimização da dor (expectativa do cidadão/ utente que recorre ao SU, por motivo de dor: *“A questão é saber no imediato o que provoca a dor.”* (E10) e *“Medicar urgentemente (...)”* (E10)).

Por outro lado, outros cidadãos/ utentes consideram a valorização da dor pelos profissionais de saúde consistir um critério de triagem:

“As dores que eu sinto (...)” (E9),

- ◆ *A localização da dor:*

[Relativamente às dores] “*Onde as sinto (...)*”. (E9),

- ◆ *A existência de febre.* A febre, à semelhança da dor, não foi considerada pelos cidadãos/ utentes como sendo algo valorizado pelos profissionais triadores no momento da triagem:

“*Se o enfermeiro valorizasse não me dava a senha verde.*” (E2).

Coloca-se a questão: Será que este cidadão/ utente apresentava febre no momento da triagem? Acredita-se que não, dado o facto da cor atribuída ter sido a “Verde” ou “Pouco Urgente”. O facto do cidadão/ utente ter tido febre num momento anterior ao da triagem, realmente não é um aspecto valorizado pelos profissionais triadores na atribuição de uma categoria de urgência, embora condiciona a escolha do fluxograma a utilizar. O profissional triador valoriza sim, a presença de febre no momento da triagem na atribuição das categorias de urgência.

À semelhança da dor, os cidadãos/ utentes parece considerarem que a febre não é valorizada pelos profissionais de saúde por não ter sido efectuada medicação logo após a verificação da febre:

[“*Eu tinha 40 graus de febre na triagem e a enfermeira (...) viu que eu tinha febre (...)*”] “*(...) não fez nada para me tirar a febre (...)*” (E2),

Por outro lado, há quem considere que os profissionais de saúde valorizam “A febre.” (E4), e que “Mais uma vez conta aquilo que se vê.” (E4), o que é avaliado objectivamente e tem evidência física:

“Se a pessoa tem febre, toda a gente vê.” (E4),

- ◆ *Quando os cidadãos/ utentes são idosos.* Houve referência à importância dada à idade, nomeadamente à idade avançada ou aos idosos, pelos profissionais triadores na atribuição da categoria de urgência:

“*Talvez as pessoas com mais idade.*” (E7),

- ◆ *Quando os cidadãos são vítimas de “(...) acidentes (...)” (E7) e “Quedas (...)” (E9):*

- ◆ *Quando está presente dispneia ou “sensação de falta de ar”.* A “falta de ar” e o valor da SaTO₂ foram aspectos referidos pelos cidadãos/ utentes como valorizados pelos profissionais de saúde:

“*Se a pessoa está com falta de ar (...)*” (E9);

“O nível de oxigénio (...)” (E9).

São *critérios valorizados pelo cidadão/ utente* na atribuição da cor/ categoria de urgência:

- ◆ *A presença de febre.* Este sinal e sintoma é valorizado e, por vezes, hiper valorizado pelos cidadãos/ utentes:

E2 hipervaloriza a febre, que a considera desagradável, provocando um “mau estar”, que comparativamente à dor que sente no episódio actual (que lhe conferiu uma prioridade mais elevada), é mais desconfortável. E2 considera ter sido mal triada no episódio actual de urgência, discordando com a categoria de urgência atribuída:

[“Acho que se me dessem verde hoje, que estou a sentir dor nas costelas e na coluna (...)”] “Não é uma coisa tão desagradável como a febre, por exemplo.” (E2),

- ◆ *Quando os cidadãos são vítimas de acidentes de viação:*

“Acidentes (...) espero que sejam atendidos logo.” (E2);

- ◆ *Quando a queixa se prolonga no tempo.* Este aspecto é valorizado pelos cidadãos/ utentes na atribuição da categoria de urgência, o que não corresponde de todo à realidade, daí a relevância dada nas afirmações utilizadas quando o objectivo é obter uma categoria de urgência mais elevada, que implique menor tempo de espera:

“Dizem que o problema já se vem verificando há vários dias.” (E7);

“Disse que estava assim há não sei quantos dias”. (E8),

- ◆ *Quando a situação compromete dificuldade/ incapacidade na realização das actividades de vida diárias:*

[“Disse que estava assim há não sei quantos dias, que tinha febre, que me doía a garganta (...)”] “(...) que não como há 1 semana (...)”. (E8),

- ◆ *Quando o transporte ao hospital é efectuado por ambulâncias.* Ainda persiste a ideia de que os cidadãos/ utentes transportados em ambulância têm prioridade sobre os outros, o que não corresponde à realidade:

[“Quando vêm pelo INEM, pelas ambulâncias (...)”] “(...) acho que devem ser uma prioridade (...)”. (E2).

Os cidadãos/ utentes consideram, de uma forma geral, existir uma *associação de sinais e/ ou sintomas à prontidão no atendimento*, que mostram desconhecer: *“Deve haver*

uns requisitos para determinar qual a pulseira de cada pessoa.” (E4). Alguns consideram que o que proferem lhes confere uma prioridade/ cor - “Aquilo que eu digo que sinto é que vai fazer com que me seja aplicada uma pulseirinha com uma cor.” (E10), embora refiram desconhecer os critérios, ou seja, os sinais e sintomas que conferem determinada cor: “Nem sei quais são os critérios.” (E10). Desconhecidos, os critérios são aceites pelos cidadãos/ utentes, pois acreditam no profissional triador:

[“Não é uma pessoa qualquer que está na triagem (...)”] “ (...) é um enfermeiro.” (E9);

“Eu aceito-os, porque acredito que do outro lado está um profissional.” (E10).

Por outro lado, há quem considere a atribuição da cor/ prioridade ao cidadão/ utente dependente do profissional triador, dado um dos cidadãos/ utentes ter identificado que para dois casos muito semelhantes foram atribuídas cores/ prioridades diferentes:

[“Eu estou toda partida e o miudito que está lá fora tem uma pulseira amarela (...)”] “ (...) e eu, uma verde.” (E1);

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] “Foi porque foi (...) por uma enfermeiro e outro por outra.” (E1);

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] “Ele é uma criança e eu sou uma adulta...” (E1).

Alguns cidadãos/ utentes associam alguns sinais e sintomas às categorias de urgência:

[“Imagine uma dor que eu não me conseguisse aguentar em pé.”] “se calhar eu merecia a tal senha amarela.” (E2);

[E3 refere-se a uma prioridade mais elevada] “Uma pessoa ... com uma perna partida ou com uma fractura exposta, os sinais conferem-lhe uma prioridade...” (E3).

Predisposição dos cidadãos/ utentes para manipularem o STM

Os cidadãos/ utentes revelam a *predisposição dos outros cidadãos/ utentes para manipularem o STM*, exagerando os seus sinais e/ ou sintomas, para assim conseguirem um atendimento mais rápido:

"Há muita gente que exagera". (E1);

[*"Há pessoas que estão ali a dizer "dói muito, dói muito" "*"] *"(...) não dói nada."* (E4);

[*"Eu julgo que há pessoas bem capazes disso (...)"*] *"(...) para passarem à frente."* (E5).

Alguns cidadãos/ utentes consideram que, em determinadas circunstâncias, também seriam capazes de exagerar os seus sinais e/ ou sintomas, *"Desde que não ficassem seis, cinco, oito horas à espera."* (E2). Outros descrevem mesmo situações que sugerem a sua própria denuncia.

A predisposição dos outros cidadãos/ utentes para manipularem o STM evidencia-se, segundo os sujeitos de investigação, quando referenciam:

◆ Estado anterior de *"(...) febre."* (E2);

◆ Intensificação da dor:

"Se calhar são capazes de não ter uma dor tão grave" (E2);

◆ Sensação de falta de ar:

"Falta-me o ar." (E1);

◆ Dores localizadas e mais focos de dor:

[*"Uma pessoa vir com uma dor de barriga e dizer que dói-me muito mais forte (...)"*] *"também me dói no peito".* (E9);

"(...) quando torceu o pé, dói-me o pé e dói-me a perna." (E9),

e quando simulam lipotimia/ "desmaio" ou "morte iminente":

"Deitarem-se para o chão." (E1);

[*"Em Barcelona vi", uma pessoa*] *"(...) mandou-se para o chão (...)"* (E1).

Alguns cidadãos/ utentes consideram que *"Se as pessoas estivessem verdadeiramente doentes, se calhar não estavam ali a discutir por coisas insignificantes."* [na Sala de Cidadãos/ Utentes Triados] (E4).

Um dos cidadãos/ utentes refere conhecer pessoas que têm a prática de exagerar os seus sinais e/ ou sintomas, com vista à obtenção de um atendimento mais rápido - "Conheço pessoas que fazem isso." (E7), e aconselha aqueles que recorrem ao SU a fazerem-no -

"Aconselho a toda a gente." (E8), uma vez que entende ser uma tática eficaz - "Infelizmente resulta." (E8).

A predisposição do próprio cidadão/ utente para manipular o STM está implícita nas unidades de registo presentes no período do parágrafo anterior e explícita nas seguintes unidades de registo:

[*"Eu já fiz isso." "E deu resultado. (E8),*

[*Refere-se aos profissionais de saúde*] *"Se não se chora um bocadinho, a verdade é que eles não se mexem." (E8),*

[*"Disse que estava assim há duas semanas (...)" " (...) quando se calhar só estava há uma (...)" . (E8),*

[*"Disse que não comia há 1 semana (...)" " (...) quando também não era verdade (...)" . (E8),*

[*"Disse que tinha febre (...)" " (...) quando também não tinha (...)" . (E8).* Este sujeito de investigação considera, como sendo algo valorizável pelos profissionais de saúde, a duração da queixa, a influência da queixa nas actividades de vida diárias e a existência de febre.

A predisposição do sujeito de investigação para manipular o STM, referida por outrem, também ela foi percebida:

[*Uma das pessoas que aguardavam como E1 para a primeira observação médica, dirigiu-se a E1*] *"A senhora chamou-me cigana, chamou-me tudo (...)" . (E1);*

[*A pessoa que se dirigiu a E1 disse*] *" "Ela está a fingir. "!" (E1);*

"Que eu estava a fingir!" (E1).

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

A enorme procura dos SU trata-se de uma realidade ainda muito presente nos hospitais do SNS, existindo uma má e inadequada utilização dos mesmos pelos cidadãos/ utentes. É verdade que os cidadãos/ utentes recorrem ao SU por motivos completamente desadequados, como é exemplo, a remoção de calosidades, e que a oferta das estruturas de saúde do SNS, como os CS, é limitada, no que respeita aos equipamentos, recursos materiais e humanos. Tal facto compromete o atendimento dos cidadãos/ utentes que na realidade precisam do SU, isto é, aqueles que experimentam doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente.

Os cidadãos/ utentes do SU em estudo entendem aquele SS, como sendo um recurso alternativo aos CS. Os cidadãos/ utentes consideram que os CS não apresentam:

- ◆ Infra-estruturas adequadas à recepção dos cidadãos/ utentes;
- ◆ Especialidades médico-cirúrgicas;
- ◆ MCDT;
- ◆ Médicos de família;
- ◆ Vagas para consulta com o Médico de Família, no próprio dia;
- ◆ Horário de funcionamento alargado.

Para além dos aspectos referidos anteriormente, os cidadãos/ utentes consideram também que o diagnóstico e tratamento da sua situação de doença e/ ou lesão é mais demorado ao nível do CS, comparativamente aos seus processos homólogos realizados ao nível do SU. Consideram a utilização do SU vantajosa, mesmo que o episódio de urgência seja demorado, uma vez que permite, no mesmo dia ou em 24 horas, realizar a terapêutica e os ECD necessários para o diagnóstico da sua situação de doença e/ ou lesão, a mais baixo custo.

No que respeita à utilização dos SU pelos cidadãos/ utentes, estes parece não se encontrarem convenientemente informados sobre os verdadeiros motivos que os deverão levar ao SU. Os cidadãos/ utentes consideram motivos de admissão no SU:

- ◆ Qualquer dor intensa, destacando-se a dor abdominal (frequentemente associada pelos cidadãos/ utentes a Apendicite, dependendo da sua localização);
- ◆ Dor abdominal associada a possível gravidez ou patologia do foro ginecológico;

- ◆ Dor torácica, com características pleuríticas;
- ◆ Dor torácica, resultante ou não de “mau jeito”;
- ◆ Dor que não responde à terapêutica instituída;
- ◆ Dor que influi nas actividades de vida diárias;
- ◆ Dores já experimentadas em episódios de urgência anteriores e tratadas no SU em estudo;
- ◆ Doente diabético, com qualquer tipo de queixa, associada ou não à Diabetes Mellitus;
- ◆ Erupções cutâneas;
- ◆ Obtenção de informação relativa a terapêutica, quando o tempo de espera para consulta médica especializada é demorado;
- ◆ Sinais e sintomas sugestivos de constipação e o cidadão/ utente sofre de uma patologia específica e/ ou faz terapêutica própria para essa patologia (facto intimamente relacionado com a incapacidade de resposta dos CS, revelando, muitas vezes, uma medicina especializada, altamente defensiva);
- ◆ Sinais e sintomas sugestivos de gripe.

Os cidadãos/ utentes do SU, quando procuram o SU, parece irem ao encontro de um local, onde irão com certeza serem atendidos, onde há grande probabilidade de ser eliminada e tratada a sua dor, uma vez que é identificada a causa da mesma, e onde em episódios de urgência anteriores lhes foi tratada aquela mesma dor. Parece também irem ao encontro das especialidades médico-cirúrgicas em determinadas situações, como sejam: a dor abdominal associada a possível gravidez ou possível patologia do foro ginecológico (Obstetrícia e Ginecologia, respectivamente); a dor abdominal intensa, sugestiva de possível “Apendicite Aguda” (Cirurgia Geral); as erupções cutâneas (Dermatologia); os sinais e sintomas de possível fractura, em contexto de trauma (Ortopedia); o ajuste de terapêutica em cidadãos/ utentes com patologias e tratamentos específicos. À semelhança das especialidades médico-cirúrgicas, a existência de MCDT no SU, também motiva os cidadãos/ utentes a procurarem aquele serviço. Para além destes (motivos), a utilização do SU implica menores custos para os cidadãos/ utentes, uma vez que os MCDT são realizados no mesmo local - *“Faz-se tudo no mesmo sítio”* (E10), *“Os preços são muito mais em conta”* (E10) e implicam um menor

consumo de tempo, relativamente ao desenvolvimento deste processo de diagnóstico ao nível dos CS. [“*Compensa.*”] “*Acredite que sim.*” (E10) e . “*(...) para quem tem tão pouco tempo ... prefiro mil vezes a urgência..*” (E10).

Atendendo ao cenário actual relativo à utilização dos SU pelos cidadãos/ utentes do SNS, comprometedor da missão daqueles SS, persiste a preocupação nos gestores sobre a adopção das melhores práticas para a concretização da missão dos SU, isto é, a prestação de cuidados de saúde ao cidadão/ utente com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Neste contexto é implementado o STM nos SU dos hospitais portugueses, cujo objectivo principal consiste em identificar, para tratar, os cidadãos/ utentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente.

O STM, implementado em Portugal no ano 2000, surge num contexto político e administrativo e/ ou de gestão denominado “Reestruturação dos SU”. Hoje enquadra-se num contexto mais amplo e globalizante, denominado “Requalificação das Urgência do SNS”. O contexto actual engloba todos os SU, quer em ambiente hospitalar, quer em ambiente pré-hospitalar.

O STM está integrado numa das vertentes da acção da CTAPRSU, que consiste na divulgação de recomendações de boa prática, organização e gestão dos SU, que visam uma resposta adequada às situações de emergência e urgência médica (missão da CTAPRSU). Deste modo, a análise da aplicação do STM num SU do SNS, na perspectiva dos cidadãos/ utentes, é seguramente de todo o interesse dos gestores dos SS.

O presente estudo revela que a *aplicação do STM confere vantagens e desvantagens* no atendimento do cidadão/ utente do SU. Estas muito se relacionam com as vantagens e as desvantagens referidas pelos cidadãos/ utentes, relativas à utilização do SU. Assim, são consideradas vantagens e desvantagens da aplicação do STM no SU de um hospital português:

Vantagens:

- ◆ *O tempo de espera para a triagem varia entre o muito bom (pouco) e o razoável;*
- ◆ *Existe um bom atendimento pelos profissionais de saúde, no que respeita às competências técnicas. [“*Não é uma pessoa qualquer que está na triagem (...)*”] “*(...) é um enfermeiro.*” (E9), “*Eu aceito-os, porque acredito que do outro lado está um profissional.*” (E10),*

Desvantagens:

- ◆ *O tempo de espera para o primeiro atendimento médico dos cidadãos/ utentes com as categorias de urgência “Amarela ou Urgente”, “Verde ou Pouco Urgente” e “Azul ou Não Urgente”, é muito demorado;*
- ◆ *O método de triagem é inadequado, na medida que cada categoria de urgência abrange uma diversidade de situações e em cada uma delas distinguem-se situações mais e menos graves, que requerem uma abordagem mais ou menos rápida. Perante esta observação, poder-se-á colocar a questão “Conferirão as cinco categorias de urgência especificidade ao STM?”, i.e., “Conseguirá cada categoria de urgência abranger situações de doença e/ ou lesão com a mesma gravidade? Outra ainda se pode colocar “Será o STM, o instrumento mais adequado na identificação dos diferentes graus de gravidade nas diferentes situações de doença e/ ou lesão dos cidadãos/ utentes que recorrem ao SU”?*

Por outro lado, a aplicação do método de triagem adoptado implica a realização de dois momentos de triagem: a triagem propriamente dita, com a aplicação do STM; e a triagem no primeiro atendimento médico. Verifica-se, na perspectiva do cidadão/ utente, um consumo de tempo desnecessário;

- ◆ *É inexistente a informação relativa aos tempos de espera para o atendimento de cada cidadão/ utente, de modo a que cada um utilize o seu tempo como melhor lhe convier;*
- ◆ *A gestão das equipas médicas é inadequada, tendo repercussões na demora para o primeiro atendimento médico dos cidadãos/ utentes. Foram identificados diferentes desempenhos no SU, em diferentes episódios de urgência vividos pelos cidadãos/ utentes. Tal facto foi associado a diferentes formas de gestão das equipas médicas, evidente, como referiu um dos cidadãos/ utentes do SU, aquando a realização de queixa aos responsáveis das equipas médicas, relativa à demora no atendimento médico. Quando o fluxo de cidadãos/ utentes aumenta poderá de facto ocorrer uma reorganização das equipas médicas, com a mobilização de profissionais de saúde para as áreas de atendimento com mais tempo de espera, isto se o Serviço o permitir, ou seja, se existirem áreas de atendimento sem tempo de espera ou menor volume de trabalho. Por outro lado, essa reorganização pode não acontecer e o cidadão/ utente queixoso percepcionar que algo foi feito, dado ter sido atendido, na*

sequência da queixa. Esta situação pode ocorrer, encontrando-se descrita. De acordo com o protocolo de Manchester, se o cidadão/ utente consistir num elemento destabilizar dos outros cidadãos/ utentes em espera, pelos gritos que emite, provocando-lhes angustia, o mesmo poderá ser observado e obter alta clínica rapidamente para benefício dos outros. Antes de se adoptar esta medida, ocorre numa primeira fase tentativa de contacto policial, seguida de varias acções, como a colocação do cidadão/ utente num compartimento de espera individual (Grupo de Triagem de Manchester, 1997);

- ◆ Existe uma *grande demora no episódio de urgência*. Os cidadãos/ utentes com categorias de urgência mais baixas aguardam mais tempo para o primeiro atendimento médico e realização dos MCDT.

As vantagens e desvantagens da aplicação do STM são referidas por cidadãos/ utentes cujas categorias de urgência consistiram nas “Amarelas ou Urgentes” ou “Verdes ou Pouco urgentes”. Poucos foram os cidadãos/ utentes que em episódios de urgência anteriores lhes foi atribuída categoria de urgência “Vermelha ou Emergente” e/ ou “Laranja ou Muito urgente”.

Grande parte dos cidadãos/ utentes considera que o tempo de espera para a triagem varia de muito bom a razoável (leia-se variação de baixo tempo de espera a razoável) e reconhecem os enfermeiros como profissionais triadores competentes para aquela função (triagem) (*vantagens* da aplicação do STM no SU em estudo). Por outro lado, consideram que os cidadãos/ utentes com categorias de urgência mais baixas aguardam muito tempo para o primeiro atendimento médico e realização dos MCDT. Os cidadãos/ utentes põem mesmo em causa o “método de triagem” aplicado (dada a sua baixa especificidade e existência de duplicação de papéis na aplicação do mesmo). Entendem ser inexistente a informação relativa à demora para o primeiro atendimento médico e a gestão das equipas médicas inadequada ao bom funcionamento do SU (*desvantagens* da aplicação do STM no SU hospitalar em estudo).

Dada a enorme e frequente procura do SU pelos cidadãos/ utentes, conseqüente dos motivos anteriormente referidos, colocou-se a possibilidade dos mesmos deterem algum conhecimento sobre a triagem, mais precisamente sobre o STM. É sobre esse conhecimento que se vai opinar.

Do estudo concluiu-se que os cidadãos/ utentes não dominam o STM, isto é, não conhecem verdadeiramente o STM e pouco sabem dele. As percepções por eles reveladas e com o STM relacionadas são algumas delas incorrectas e limitativas. No entanto, parece deterem algumas noções de como se processa a triagem.

Os cidadãos/ utentes consideram a triagem, um processo utilizado para determinar as prioridades dos cidadãos/ utentes, sendo identificados aqueles que estão “mais gravemente doentes”, que “devem ser atendidos mais rapidamente”.

Os cidadãos/ utentes entendem que o processo da triagem culmina com a atribuição de uma pulseira aos cidadãos/ utentes, cuja cor influencia o seu atendimento no SU. Para os cidadãos/ utentes, a cor da pulseira significa tempo de espera, prioridade de atendimento, ordem de atendimento, gravidade da situação e/ ou grau de urgência. São poucos os cidadãos/ utentes que têm noção da existência das diferentes cores, sendo as cores, vermelha e branca, praticamente omissas. Relativamente ao significado específico de cada cor, parece existirem dúvidas quanto à gravidade das situações classificadas com as diferentes cores, contudo os cidadãos/ utentes têm noção da ordem de atendimento dos cidadãos/ utentes.

Na aplicação do processo da triagem, os cidadãos/ utentes recordam questões-tipo, relativas à(ao):

- ◆ Presença de dor e sua localização;
- ◆ Presença de febre;
- ◆ Existência de história de alergias;
- ◆ Realização de medicação habitual (não fazendo este item parte deste processo de triagem, embora possa ser relevante para o melhor encaminhamento do cidadão/ utente);
- ◆ Mecanismo de lesão do incidente;
- ◆ Duração da queixa.

Alguns cidadãos/ utentes identificaram que consoante a queixa referida, lhes são colocadas mais questões, relacionadas com a existência de outros sinais e/ ou sintomas, por vezes, esquecidos de referir. Questões essas, que, por vezes, os surpreendem, por não considerarem que determinado facto poderá estar associado à queixa que apresentam: [*“Por acaso não estava à espera da febre.”*] [*“Não sabia que se associavam.”*] (E10).

À semelhança das questões-tipo, os cidadãos/ utentes também consideram que os procedimentos realizados na triagem são postos em prática, de acordo com a queixa apresentada, e que, por vezes, nem sequer são realizados. Facto, nem sempre entendido pelos cidadãos/ utentes, que esperam incessantemente que algo seja feito.

Os cidadãos/ utentes consideram serem critérios valorizados pelos enfermeiros triadores na atribuição de uma categoria de urgência, portanto na atribuição de uma categoria mais elevada:

- ◆ A existência de:
 - Hemorragia ou hematomas;
 - Febre;
 - Dispneia/ “falta de ar”;
 - Patologia cardíaca prévia;
 - Dor intensa,
- ◆ A localização da dor (v.g. hipervalorização da dor no peito);
- ◆ A ocorrência de “desmaio”/ lipotimia, associada a hipotensão e hipoglicémia;
- ◆ As vítimas de acidentes e quedas;
- ◆ Os cidadãos/ utentes idosos;
- ◆ Os sinais, em detrimento dos sintomas [Os cidadãos/ utentes referem que os sinais, dado serem observáveis e passíveis de serem avaliados, são mais valorizados pelos enfermeiros triadores, constituindo critérios mais fidedignos e que permitem ao enfermeiro triador atribuir a categoria de urgência mais adequada (v.g. hiperglicémia e dor, exemplo referido por um dos sujeitos de investigação, p.98)].

Grande parte dos critérios percebidos pelos cidadãos/ utentes do SU, entendidos como valorizados pelos enfermeiros na atribuição de uma categoria de urgência, estão correctos, contudo:

- ◆ A existência de patologia cardíaca ou outra patologia crónica (v.g. Diabetes Mellitus) apenas será relevante para o enfermeiro triador, se a mesma contextualizar a queixa apresentada pelo cidadão/ utente, não tendo qualquer tipo de influência na atribuição da categoria de urgência, isto é, não consiste um discriminador determinante de uma qualquer categoria de urgência;
- ◆ A dor localizada no tórax, vulgarmente denominada “dor no peito”, por sua vez, também ela poderá ser valorizada na atribuição de uma categoria de urgência. Isto ocorre se a dor tiver características específicas, sugestivas de sofrimento cardíaco. Parte dos cidadãos/ utentes temem a dor torácica, associando-a muitas vezes a disfunção cardíaca, e como os problemas cardíacos matam, a procura dos SU por este motivo é grande. Destacam-se nesta procura, os cidadãos/ utentes que sofrem de patologia cardíaca crónica. Alguns sujeitos de investigação parece terem identificado gravidade na associação da dor torácica com a dispneia/ “falta de ar”, na presença de patologia cardíaca crónica;

- ◆ A idade avançada dos cidadãos/ utentes, por si só, não constitui discriminador das categorias de urgência mais elevadas, sendo que os idosos habitualmente apresentam graves problemas de saúde, cujos sinais e/ ou sintomas e mesmo a história da doença lhes conferem categorias de urgência mais elevadas;
- ◆ A condição de vítima de acidente ou de queda não é por si só indicativo de uma prioridade mais elevada, com conseqüente atendimento imediato. Tudo depende do estado da vítima e mecanismo de lesão do incidente;
- ◆ Os sinais da existência de alguns sintomas referidos pelos cidadãos/ utentes são verdadeiramente relevantes para o enfermeiro triador. Estes sinais são utilizados para avaliar a queixa do cidadão/ utente.

Os cidadãos/ utentes consideram critérios a valorizar na atribuição de uma categoria de urgência:

- ◆ Existência de febre e o mau estar que a mesma confere;
- ◆ Vítimas de acidentes e quedas;
- ◆ Compromisso das actividades de vida diárias;
- ◆ Transporte efectuado em ambulância;
- ◆ Prolongamento da queixa no tempo.

Relativamente aos critérios valorizados pelos cidadãos/ utentes na atribuição de uma categoria de urgência, os cidadãos/ utentes consideram:

- ◆ Terem experimentado estados febris que lhes conferiram um maior desconforto do que a dor que apresentavam e para a qual obtiveram uma categoria de urgência mais elevada;
- ◆ Erradamente, prioritários os cidadãos/ utentes transportados em ambulância. Tal facto, não corresponde de todo à realidade, uma vez que o transporte em ambulância é facilmente conseguido, através de um telefonema para uma corporação de bombeiros ou empresa de ambulâncias privada, por qualquer cidadão/ utente com doença e/ ou lesão. Por este motivo, aquele critério não ser considerado na atribuição de uma categoria de urgência;
- ◆ O prolongamento da queixa do cidadão/ utente no tempo, um critério relevante na atribuição de uma categoria de urgência. Tal facto não corresponde à verdade. Pelo contrário, a existência de uma dor que não é recente, poderá conferir ao cidadão/ utente uma categoria de urgência baixa (fig.3).

Os cidadãos/ utentes parece terem algum conhecimento sobre os critérios valorizados pelos enfermeiros triadores na atribuição de uma categoria de urgência, não conseguindo identificar com precisão e certeza os critérios que conferem prontidão no atendimento. Acreditam existir uma associação entre determinados critérios e prontidão no atendimento, que mostram desconhecer.

Os cidadãos/ utentes procuram muitas vezes entender o motivo da sua categoria de urgência, comparando a sua situação com as dos outros. Não conseguem chegar a qualquer tipo de conclusão sobre o motivo que leva os enfermeiros triadores a atribuírem diferentes categorias de urgência para a mesma queixa. Neste processo ponderam a possibilidade da triagem depender do enfermeiro triador. Poder-se-á colocar aqui a seguinte questão: *“Encontrar-se-ão os enfermeiros triadores a aplicar correctamente o STM?”*

Parte dos cidadãos/ utentes, sujeitos de investigação, não associa os diferentes tipos de actuação no momento da triagem (v.g. avaliação dos parâmetros vitais) às diferentes queixas/ situações apresentadas. Alguns referem mesmo que na triagem nada se faz, quando esperam que algo se faça. Na realidade são poucos os procedimentos a pôr em prática no momento da triagem, dado o consumo de tempo que estes implicam, quando se pretende que a mesma não exceda três minutos para cada cidadão/ utente. São procedimentos postos em prática no momento da triagem:

- ◆ A observação;
- ◆ A avaliação da respiração;
- ◆ A determinação da glicemia;
- ◆ A avaliação do pulso;
- ◆ A avaliação da SatO₂;
- ◆ A avaliação da temperatura;
- ◆ A avaliação do estado de consciência (utilizando a escala de coma de Glasgow);
- ◆ A avaliação da dor (utilizando uma escala de 0 a 10).

Note-se que a avaliação da tensão arterial não está preconizada para o STM, dado o grande consumo de tempo neste procedimento. No entanto, este realiza-se na prática diária do SU, aos cidadãos/ utentes cujos sinais e sintomas são sugestivos de Hipertensão e Hipotensão Arterial.

A observação, a avaliação da temperatura, a determinação da glicemia, a determinação da SatO2 e a avaliação da tensão arterial foram os procedimentos identificados pelos cidadãos/ utentes como sendo realizados no momento da triagem, quando apresentadas determinadas queixas, nem sempre identificadas:

- ◆ A observação, quando há afecção de algum órgão (v.g. olho), membro (v.g. perna) ou outra porção do corpo (v.g. pescoço);
- ◆ A avaliação da temperatura, quando há referência de existência de febre;
- ◆ A determinação da glicemia, quando o cidadão/ utente é diabético;
- ◆ A determinação da SatO2, quando em presença de dispneia (sensação de “falta de ar”).

A avaliação da tensão arterial não foi associada a qualquer tipo de queixa.

Os cidadãos/utentes detém efectivamente algumas noções do STM, bem como dos critérios que lhes poderão ou não conferir uma categoria de urgência mais elevada, no entanto não parece que o conhecimento revelado seja suficiente para conseguirem manipular o STM, sendo que a predisposição para o fazer existe claramente.

No final deste estudo, entende-se que os cidadãos/ utentes estão predispostos a manipularem o STM, exagerando os seus sinais e/ ou sintomas. Esse exagero, inicialmente reportado pelos cidadãos/ utentes a outros, passa a integrar, consciente e inconscientemente, a prática de alguns dos cidadãos/ utentes em circunstâncias específicas (v.g. elevado tempo de espera para o primeiro atendimento médico). Prática aconselhada pelos cidadãos/ utentes a utilizar, uma vez que se revela eficaz na obtenção de uma categoria de urgência mais elevada, portanto um atendimento médico mais rápido. Nesta fase, outra questão pode ser aqui levantada: *“Permitirão os enfermeiros triadores a manipulação do STM pelos cidadãos/ utentes do SU?”*

A tentativa dos cidadãos/ utentes para manipular o STM passa pelo exagero e referência de sinais e sintomas, que os mesmos acreditam ser ou deveriam ser relevantes na atribuição de uma categoria de urgência pelo enfermeiro triador, nomeadamente: estado anterior de febre, intensificação da dor, sensação de “falta de ar” ou dispneia, dores especialmente localizadas (v.g. dor torácica/ “dor no peito”) e existência de outros focos de dor. A referência ao compromisso das actividades de vida diárias, a simulação de um “desmaio”/ lipotimia ou “morte iminente” e a procura de uma ambulância no transporte ao

hospital, consistem igualmente formas adoptadas pelos cidadãos/ utentes para manipularem o STM.

A tentativa para manipular o STM existe, como em qualquer outro ST aplicado num SU onde existam elevados tempos de espera. Esta afirmação deve-se ao facto dos diferentes ST se debruçarem sobre queixas muito semelhantes e existir a predisposição dos cidadãos/ utentes para manipularem o ST. Predisposição essa, associada ao vago conhecimento que detêm sobre o STM e as situações emergentes e/ ou urgentes, naturalmente abordadas pelo STM. Este conhecimento poderá ser oriundo das experiências anteriores em estruturas de saúde (v.g. consultas médicas) e de outras fontes de informação (v.g. *media*). O conhecimento detido e utilizado pelos cidadãos/ utentes na manipulação do STM prende-se, essencialmente, com os critérios que os mesmos consideram ser ou deveriam ser relevantes para os enfermeiros triadores no processo de atribuição da categoria de urgência. Note-se que o conhecimento que detêm, muito dele é incorrecto, o que torna ineficaz a tentativa de manipulação do STM.

Atendendo aos aspectos anteriormente referidos, pode ser considerada a possibilidade do aumento do número de cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência “Laranja ou Muito urgente” e “Amarela ou Urgente”, resultar da manipulação do STM pelos cidadãos/ utentes do SU que, por sua vez, resulta do conhecimento que os mesmos detêm sobre o STM e situações emergentes e/ ou urgentes, e da sua predisposição para manipular o STM. O aumento de cidadãos/ utentes com as categorias de urgência “Laranja ou Muito urgente” e “Amarela ou Urgente” pode acontecer, contudo espera-se que seja um aumento pouco significativo, pois o conhecimento dos cidadãos/ utentes é limitativo, não permitindo ao cidadão/ utente manipula-lo tão facilmente.

Outros motivos poderão ser responsáveis pelo aumento dos cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência “Laranja ou Muito urgente” e “Amarela ou Urgente”, os quais não constituem objectivos do presente estudo. Perante essa possibilidade, colocam-se as seguintes questões: *“Estarão os enfermeiros triadores também eles predispostos a manipularem o STM, como resposta aos elevados tempos de espera?”*, *“Como está a ser aplicado o STM pelos enfermeiros do SNS?”*

O aumento de cidadãos/ utentes classificados com categorias de urgência “Laranja ou Muito urgente” e “Amarela ou Urgente”, embora pouco significativo, confere um impacto

francamente negativo na prestação de cuidados de saúde ao cidadão/ utente com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente no SU, verificando-se:

- ◆ Uma inadequada utilização dos escassos recursos do SU;
- ◆ O comprometimento do acesso/ atendimento dos cidadãos/ utentes verdadeiramente emergentes e/ ou urgentes, os quais terão que aguardar o atendimento dos eventuais falsos cidadãos/ utentes emergentes ou urgentes;
- ◆ O comprometimento da equidade e da racionalidade da utilização dos recursos, com uma distribuição dos mesmos por aqueles que deles não precisam;
- ◆ O comprometimento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, intimamente relacionados com a utilização dos escassos recursos acima do limite desejável, destacam-se particularmente os recursos humanos.

Estes aspectos prendem-se muito com alguns dos objectivos que a CTAPRU se propôs alcançar na Proposta de Requalificação das Urgências do SNS, altamente comprometidos. Por este motivo, a CTAPRU terá que se debruçar sobre a aplicação do STM nos SU. Nesta etapa, coloca-se a seguinte questão: *“Constituirá o STM a melhor solução para a Requalificação das Urgências do SNS, ao nível hospitalar?”*

O STM constituiu a melhor solução a adoptar pelo Ministério da Saúde para “reestruturar” e “requalificar” os SU.

O STM, de entre os ST aplicados em SU, trata-se de um ST muito simples, aplicável por qualquer profissional de saúde. Para a aplicação deste instrumento pretende-se que o profissional seja enfermeiro, uma vez que o seu discurso se encontra fundamentalmente direccionado para os sinais e sintomas e não para os diagnósticos.

No processo da triagem, o enfermeiro triador identificada a queixa, isto é, os sinais e/ ou sintomas e escolhe o fluxograma (arvore decisional), que melhor se adequa à queixa do cidadão/ utente. Escolhido o fluxograma, o enfermeiro triador segue uma árvore decisional constituída por questões discriminatórias ou discriminadores de uma categoria de urgência. A resposta afirmativa a uma dessas questões, percorrendo de cima para baixo a arvore decisional, corresponde a uma categoria de urgência. Ao longo da árvore decisional, as categorias de urgência decrescem no que respeita à prioridade de atendimento, isto é, a resposta afirmativa à primeira questão corresponde a uma prioridade elevada, portanto o equivalente a um atendimento mais rápido.

Dada a simplicidade do ST e como, neste estudo, se constatou existir predisposição dos cidadãos/ utentes para manipularem o STM, como forma de satisfazer as suas necessidades em ambientes que consideram difíceis e hostis ao seu processo de saúde/doença, independentemente do conhecimento que detém (mais ou menos relacionado com o STM), há que considerar a possibilidade deste ST induzir a sua própria manipulação. Isto através do fornecimento de informação e condicionamento de respostas, com a formulação de questões fechadas, tal e qual ou muito semelhantes às que estão descritas no fluxograma escolhido. As questões poderão ser entendidas pelos cidadãos/ utentes mais atentos, como sendo relevantes para o enfermeiro triador, perante as quais o cidadão/ utente poderá tender a responder afirmativamente, visando um atendimento mais rápido. O fornecimento de informação e condicionamento de respostas provavelmente terão maior probabilidade de acontecerem, se a triagem for feita por enfermeiros triadores inexperientes e/ ou pouco treinados. Atendendo a esta realidade e após um número de episódios de urgência com a mesma queixa, os cidadãos/ utentes poderão vir, senão já (ler caixa de texto da p.112), a conhecerem melhor o STM, no que respeita aos critérios que conferem categorias de urgência mais elevadas, utilizando-a em seu benefício. Para evitar este tipo de acontecimentos, que poderão influir no funcionamento do SU, é deveras importante o desenvolvimento de alguma perícia na aplicação das técnicas de comunicação, aquando a triagem, colocando questões abertas, não dirigidas para os critérios mais valorizados no processo de atribuição de categorias de urgência mais elevadas, e questões que permitam validar a queixa apresentada. Apenas assim, será minimizada a probabilidade de ocorrer manipulação do STM e assegurada a missão dos SU. A CTAPRU, por outro lado consegue ao nível dos SU, melhorar o acesso dos cidadãos/ utentes aos cuidados de saúde emergentes e urgentes, assegurar a equidade, qualidade e segurança na prestação de cuidados emergentes e urgentes e racionalizar a utilização dos recursos ao nível dos PR que têm o STM implementado. Deste modo, o direito à protecção da saúde dos cidadãos/ utentes, também ele é assegurado pelo Estado Português, no que respeita à prestação de cuidados de saúde emergentes e urgentes (âmbito da medicina curativa), com garantia de acesso, não a todos, mas a 90% dos cidadãos portugueses de Portugal Continental, numa nova RU do SNS.

Atendendo à existência de outros ST, a nível internacional, neste trabalho apresentados, e à possibilidade do STM ser manipulado e induzir a sua própria manipulação, considera-se que a aplicação da *Australasian Triage Scale* ou da *CTAS* consistiriam boas alternativas ao STM. Para além de serem muito semelhantes ao STM, no que respeita aos

objectivos, ao processo de triagem e aos critérios de triagem, elas permitem que o enfermeiro triador faça uso do seu conhecimento no processo de triagem. Na aplicação destes ST, o enfermeiro triador faz a abordagem do cidadão, toma conhecimento da sua queixa, avalia-a e enquadra o resultado da sua avaliação na escala (Anexo I e II), para atribuir uma categoria de urgência. Estes ST não fazem uso de fluxogramas. Com estes, a informação que o cidadão/ utente retém poderá, comparativamente à aplicação do STM, ser menor, diferindo sempre na abordagem da queixa pelos diferentes enfermeiros triadores. Deste modo, a probabilidade do STM ser manipulado pelo cidadão/ utente provavelmente irá diminuir, pois na validação da queixa é posto à prova o conhecimento dos cidadãos/ utentes sobre o ST aplicado e as situações emergentes e/ ou urgentes. Conhecimento que, como se constatou, geralmente é limitado e insuficiente para permitir a manipulação do ST implementado. Para além do facto dos ST sugeridos poderem diminuir ou eliminar o número de categorias de urgência indevidamente atribuídas, resultantes da manipulação do STM. Eles poderão constituir factores motivadores dos enfermeiros triadores no desempenho da sua função, enquanto profissionais triadores, vendo aplicado e reconhecido o seu conhecimento.

O *Emergency Severity Index*, cuja aplicação se baseia nos recursos estimados, necessários para o cidadão/ utente, trata-se de um ST dificilmente manipulável pelo cidadão/ utente, que dificilmente associará a queixa/ critérios aos recursos estimados, necessários à abordagem daquele no SU. Na aplicação deste ST, o enfermeiro triador utiliza muito do seu conhecimento para fazer a estimativa dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde. Deste modo, o enfermeiro triador poderá orientar o momento da entrevista como entender, validando a queixa apresentada e fornecendo o mínimo de informação possível ao cidadão/ utente, para minimizar o impacto da sua predisposição para manipular os ST através do conhecimento que detém. No entanto, a natureza deste ST (baseada na estimativa dos recursos necessários pelo cidadãos/ utente) pode torná-lo menos específico, isto é, para uma determinada categoria de urgência, existirem cidadãos/ utentes com situações de doença e/ ou lesão de diferentes níveis de gravidade.

O STM não parece ser o melhor ST a aplicar, quando se pretende uma Requalificação das Urgências do SNS, no entanto algumas alterações podem ser instituídas na aplicação do STM, dado o grande investimento envolvido na implementação do mesmo, isto com o consentimento do Grupo de Triagem de Manchester, tais como:

- ◆ Não direccionar a queixa do cidadão/ utente para discriminadores mais elevados, como os fluxogramas sugerem;

- ◆ Fazer questões abertas, relativamente à queixa;
- ◆ Validar a queixa do cidadão/ utente partindo de discriminadores que conferem categorias de urgência mais baixas (v.g. quando a queixa é uma dor torácica, anterior, à esquerda, questionar o cidadãos/ utente sobre a existência de características de uma dor pleurítica, despistando assim uma dor pré-cordial ou cardíaca).

Talvez assim, os cidadãos/ utentes não consigam “frutos” da sua predisposição para manipular o STM, uma vez que a aplicação do mesmo poderá parecer-lhes mais complexa e confusa.

Se não existisse a enorme procura dos SU, provavelmente a necessidade dos cidadãos/ utentes para manipularem o STM seria nula. Para combater esta procura feroz, há que:

- ◆ Planear, organizar e oferecer mais e melhores SS na comunidade;
- ◆ Informar os cidadãos/ utentes do SNS sobre a existência desses Serviços;
- ◆ Criar Serviços de Consulta Médica nos hospitais, que apoiem os CS, quando a situação experimentada pelo cidadão/ utente não é emergente, nem urgente, mas precisa de uma avaliação de uma especialidade médico-cirúrgica naquele dia ou de realizar os MCD (o espaço destes Serviços não poderá coincidir com o espaço do SU, uma vez que persiste a utilização dos recursos do SU);
- ◆ Realizar acordos com estruturas de saúde na comunidade, privadas ou não, a funcionar nas 24h diárias, onde se podem realizar os MCD (v.g. serviço semelhante ao das Farmácias de Serviço);
- ◆ Auditar os encaminhamentos dos cidadãos/ utentes do CS ao SU;
- ◆ Construir protocolos médicos para efectuar ou não o encaminhamento dos cidadãos/ utentes do CS para o SU, isto é, construir um ST aplicado ao nível do CS, que permita triar as situações experimentadas pelos cidadãos/ utentes do CS e encaminhar ou não os mesmos para o SU.

Talvez desta forma, a Requalificação das Urgências do SNS, a nível hospitalar, tenha mais sucesso.

João (nome fictício) apresenta 43 episódios de urgência nos últimos anos. Cidadão/ utente com patologia cardíaca crónica e com hábitos alcoólicos marcados. Grande parte das vezes que recorre ao SU hospitalar vem embriagado, referindo dor torácica, anterior, à esquerda, tipo aperto, acompanhada de dor no braço esquerdo (características sugestivas de sofrimento cardíaco).

Num dos 43 episódios de urgência, João refere, a sorrir, apresentar dor torácica, anterior, à esquerda, tipo aperto, acompanhada de dor no braço esquerdo, podendo tal facto dever-se ao seu estado de embriagues ou constituir a denúncia da sua tentativa de manipulação do STM, de modo a usufruir de um atendimento mais rápido. Várias são as questões colocadas para validar a sua queixa (questões que sugiram a existência de uma outra característica da dor, que não sugira sofrimento cardíaco (v.g. intensificação da dor à inspiração profunda). Não tendo sido identificada outra característica de dor, que eliminasse a possibilidade de ser uma dor sugestiva de sofrimento cardíaco, foi atribuída uma categoria de urgência “Laranja ou Muito urgente”.

No episódio de urgência referido não foi confirmada a existência de qualquer tipo de sofrimento cardíaco, mas constatada sim a mobilização de recursos escassos, específicos e diferenciados para um cidadão/ utente que deles não precisava e os quais foram suprimidos, por momentos, a outros cidadãos/ utentes que deles precisavam verdadeiramente. Enquanto João recebia atendimento médico, outro cidadão/ utente, quem sabe um verdadeiro “Laranja ou Muito Urgente” aguardava que João fosse atendido. João abandonou o Serviço sem alta clínica, como já é habitual.

Este cidadão/ utente parece deter informação relativa ao STM, resultante das suas experiências anteriores no SU e que já lhe conferiram um atendimento rápido. Parece utilizar essa informação para usufruir de um atendimento rápido.

6. RECOMENDAÇÕES

Aos profissionais e gestores dos SS:

- ◆ A triagem é uma actividade fundamental no SU. Ela permite:
 - Seleccionar e identificar os cidadãos/ utentes com situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes de entre um grande número de cidadãos/ utentes, que recorrem indevidamente ao SU, isto porque, não experimentam situações emergentes e urgentes;
 - Concretizar a missão dos SU, nomeadamente a prestação de cuidados aos cidadãos/ utentes com situações de doença e/ ou lesão emergentes e/ ou urgentes, assegurando assim o acesso daqueles cidadãos/ utentes aos SU;
 - A locar os cidadãos/ utentes no sector de tratamento que melhor responde à sua situação de doença e/ ou lesão;
 - Organizar os recursos, equipamentos e meios em função dos cidadãos/ utentes em situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes;
 - Facilitar o planeamento da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e/ ou urgentes;
 - Antecipar a realização de alguns MCDT (v.g. electrocardiogramas) e o atendimento de algumas especialidades médico-cirúrgicas (v.g. Otorrinolaringologia);
 - Diminuir os tempos de espera para o atendimento dos cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e/ ou urgentes;
 - Diminuir a ansiedade dos cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e/ ou urgentes e seus acompanhantes;
 - Promover um ambiente seguro aos cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e/ ou urgentes e seus acompanhantes;
 - Aumentar o grau de satisfação dos cidadãos/ utentes que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e/ ou urgentes e seus acompanhantes.

- ◆ Nesta actividade triagem importa considerar a forma como se processa a triagem, ou seja, a aplicação do ST, que na realidade portuguesa consiste no STM.

Atendendo à discussão dos dados do presente estudo, que não faz mais do que uma análise da aplicação do STM num SU de um hospital português, na perspectiva do cidadão/ utente, em contexto de “Requalificação das Urgências do SNS”, a autora do estudo recomenda:

- Construir um ST a aplicar nos SU que:
 - Reflecta a realidade portuguesa no que respeita às queixas mais frequentemente apresentadas pelos cidadãos, morbidade e mortalidade da população portuguesa, entre outros indicadores;
 - Permita ao enfermeiro por em prática o seu conhecimento na identificação da queixa principal do cidadão/ utente, validação e avaliação da mesma, com base numa escala orientadora do processo de atribuição das categorias de urgência (à semelhança da *CTAS* e da *ATS*);
 - Tenha mais categorias de urgência de modo a tornar o ST mais específico e assim identificar os cidadãos/ utentes que experimentam verdadeiras situações emergentes e/ ou urgentes,
- Dado o grande investimento na implementação do STM e este tratar-se de uma realidade em expansão em Portugal, o STM:
 - Deverá unicamente ser posto em prática por enfermeiros experientes e devidamente treinados;
 - Quanto ao processo de triagem:
 - Não direccionar a queixa do cidadão/ utente para discriminadores mais elevados, como os fluxogramas sugerem;
 - Fazer questões abertas, relativamente à queixa;
 - Validar a queixa do cidadão/ utente, partindo de discriminadores que confirmam categorias de urgência mais baixas (v.g. despiste de dor pré-cordial, segundo as indicações do cidadão/ utente, questionando a existência de sinais e/ ou sintomas de dor pleurítica);

- Promover a utilização das técnicas de comunicação no momento da triagem, mais precisamente na realização das questões e interpretação das mensagens emitidas pelos cidadãos/ utentes;
 - Integrar o tema comunicação no curso de formação em triagem;
 - Fomentar um período de integração significativo na actividade Triagem, junto de enfermeiros triadores experientes e treinados;
 - Realizar auditorias internas e externas dos processos de triagem;
 - Agendar reuniões formativas dos auditores com os enfermeiros triadores, de modo a realizar-se um acompanhamento contínuo desta actividade;
 - Impulsionar a critica na aplicação do STM, com vista a uma possível mudança,
- Construir e implementar um ST a aplicar nos CS, que permita triar os cidadãos/ utentes que a ele recorrem e encaminhar os mesmos, se necessário, para o SU;
 - Planear, organizar e oferecer mais e melhores SS na comunidade (v.g. CS), no que respeita aos equipamentos, recursos humanos e materiais;
 - Informar os cidadãos/ utentes do SNS sobre a existência desses Serviços;
 - Realizar acordos com estruturas de saúde na comunidade, privadas ou não, a funcionar nas 24h diárias, onde se possam realizar MCDT (v.g. serviço semelhante ao das Farmácias de Serviço);
 - Criar Serviços de Consulta Médica nos hospitais, que apoiem os CS, quando a situação experimentada pelo cidadão/ utente não é emergente nem urgente, mas precisa de uma avaliação de uma especialidade médico-cirúrgica naquele dia ou mesmo de realizar MCDT;
 - Auditar a referenciação dos cidadãos/ utentes pelos médicos da comunidade (v.g. Médicos de Família) ao SU.

6.1 SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES SUBSEQUENTES

Na sequência do presente estudo seria interessante observar o comportamento dos cidadãos/ utentes do SU no momento da triagem e no momento em que aguardam o primeiro

atendimento médico. Desta forma, poder-se-ia constatar como é manipulado o STM pelos cidadãos/ utentes daquele SU e saber que tipo de conhecimento poderá ser utilizado nessa manipulação.

Outros trabalhos de investigação poderão ser realizados no contexto do STM e que resultam da reflexão sobre os dados colhidos no presente estudo. Poderão consistir futuras questões de investigação:

“ Como está a ser aplicado o STM pelos enfermeiros no SU de um hospital português?”

“ Encontrar-se-ão os enfermeiros triadores despertos para a manipulação do STM?”

“ Que medidas são adoptadas pelos enfermeiros, quando percebem estar perante um cidadão/ utente que tenta manipular o STM?”

“ Quais os sinais emanados pelo cidadão/ utente que tenta manipular o STM, percebidos pelos enfermeiros triadores?”

“ Qual a predisposição dos enfermeiros triadores do SU de um hospital português para manipularem o STM, dado os elevados tempos de espera para o primeiro atendimento médico, aumentando assim as categorias de urgência “ muito urgente e “ urgente” ?”

Uma vez implementado o STM na realidade portuguesa, os estudos inerentes à aplicação daquele instrumento deverão continuar a ser do interesse dos profissionais e gestores dos SS. Muito está por descobrir. O STM trata-se de um fenómeno em interacção com outros, que se vão alterando no tempo, influenciando o próprio ST e, conseqüentemente, as missões e os objectivos das diversas estruturas e entidades da saúde. Por este motivo, os profissionais e gestores dos SS deverão manter-se atentos à evolução dos fenómenos do dia-a-dia e investigarem, para assim escolherem e adoptarem as melhores soluções a aplicar no contexto actual da Requalificação das Urgências do SNS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J. *et al* (1997), Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- Almeida, J., & Pinto, M. (1990). A Investigação nas Ciências Sociais. Lisboa: Editorial Presença.
- Bardin, L. (2003). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bell, J. (1997). Como Realizar um Projecto de Investigação (1.^a Edição). Lisboa: Gradiva.
- Blythin, P. (1989). A Triagem. In Nursing, 2-7.
- Blythin, P. (1989). Documentação na Triagem. In Nursing, 8-9.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora.
- Bracken, J. (2001). Triagem. In S. Sheehy (Eds.), Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática (4.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Cabral, A. & Galvão, P. (1999, Setembro). O Enfermeiro e a Triagem Telefónica. In Sinais Vitais, 48-50.
- Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais (3.^a ed.). Lisboa: Gradiva.
- Cheung, W, Heeney, L. & Pound, J. (2002). An Advance Triage System. In Accident and Emergency Nursing, 10-16.
- Cook, S. & Sinclair, D. (1997). Emergency Department Triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement. In Journal of Emergency Medicine, 889-894.
- Comité do PHTLS da *National Association of Emergency Medical Technicians* & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões (2004). Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado (5.^a edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Cordeiro, A., Silveira A., & Raposo, A. (2002, Fevereiro). Triagem nos Serviços de Urgência Geral. In Nursing, 12-16.
- Cronin, J. (2003). The introduction of the Manchester Triage Scale to an emergency department in the Republic of Ireland. In Accident and Emergency Nursing, 121-125.

- Delgado, M. & Curado, M. (2000). Saúde 24 – Pediatria. *In* Enfermagem. 24-28.
- Eco, U. (2003). Como se faz uma Tese em Ciências Humanas (10.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Fortin, M. (1996). O Processo de Investigação – da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Gauthier, B. (2003). Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados. Loures: Lusociência.
- Grupo Português de Triage (2002). Triage no Serviço de Urgência – Manual do Formando (2.^a ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group.
- Harris, J. & Hendricks, J. (1996). The lifeline of triage. *In* Accident and Emergency Nursing, 82-87.
- International Committee of the Red Cross (2006). Situation of Mass Casualties. In First Aid in armed conflicts and other situations of violence. ICRC: Switzerland.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2005). Algoritmos de Triage em Catástrofe.
- Jelink, G. (2001, March). Towards an International Triage Scale. *In* European Journal of Emergency Medicine, 1-2.
- Kaplan, L., Santora, T, Blank-Reid, C. *et al* (1997). Improved Emergency Department Efficiency with a Three-tier Trauma Triage System. *In* Injury, 449-453.
- Kempe, A. *et al* (2000, July 106). Reducing After-Hours Referrals by na After-Hours Call Center With Second-Level Physician Triage. *In* Pediatrics, 226-230.
- Lancet, (2001, February). Nurse telephone-triage. *In* THE LANCET. 323.
- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. (1999). Trabalho de Projecto – Aprender por Projectos Centrados em Problemas. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Pesik, N., Keim, M. & Iserson, K. (2001, June). Terrorism and the Ethics of Emergency Medical Care. *In* Annals of Emergency Medicine, 642-646.
- Philipp, B. *et al* (2000, July 106). A Comparison of Suburban and Urban Daytime Telephone Triage. *In* Pediatrics.
- Pointer *et al* (2001, September). Paramedics using Triage Guidelines. *In* Annals of Emergency Medicine.

Potter, D. & Rose, M. (1987). Fundamentos de los Cuidados de Urgencias. México: Nueva Editorial Interamericana.

Reis, E., Melo, P., Andrade, R. *et al*, 2001 *et al* (2001). Estatística Aplicada (4.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Silva, A. & Pinto, J. (1986). Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento.

Strimpling, M. (2002, May 10). Redesigning Triage to Reduce Waiting Times. In Emergency Nurse.

Subcommittee on National Triage Scale (1999), A uniform triage scale in Emergency Medicine. In American College of Emergency Physicians, 1-7.

Tanabe, P. *et al*. (2004, February). The Emergency Severity Index (version 3) 5-Level Triage System Scores Predict ED resource Consumption. In Journal Emergency Nursing, 22-29.

Tavares, D. *et al* (2002, October). Five-Level Triage System Effective Than Three-Level in Tertiary Emergency Department. In Journal Emergency Nursing, 395-400.

Travers, D., Waller, A., Bowling, J. *et al* (2002, October). Five-level Triage System More Effective than Three-level in Tertiary Emergency Department. In Journal of Emergency Nursing, 395-400.

Waldrop, R. *et al* (1997, December). A Prospective assessment of triage in an urban emergency. In Southern Medical Journal.

Wilson, E. (2001). Preparações de Operações de Emergência. In S. Sheehy (Eds.), Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática (4.^a ed.). Loures: Lusociência.

Websites consultados:

Allegro, S., Freitas, A. & Marques, A. (2002). Protocolo de Manchester. Consultado a 14 de Abril de 2005. Disponível em [www:<URL: www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)

Australasian College for Emergency Medicine, ND⁸. Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. Consultado em 14 de Junho de 2005. Disponível em [www:<URL: http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triageguide.htm](http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triageguide.htm)

Australasian College for Emergency Medicine, ND⁹. Policy Document – The Australasian Triage Scale. Consultado em 20 de Junho de 2005. Disponível em [www:<URL: http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triage.htm](http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triage.htm)

Australasian College for Emergency Medicine, 2005. G24 Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. Revised 05 August 2005. Consultado em 1 de Setembro de 2006. Disponível em [www:<URL: http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation_ATS.pdf](http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation_ATS.pdf)

Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L et al (1998). Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department & Acuity Scale. Consultado em 20 de Março de 2003. Disponível em [www:<URL:http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=d09ba8ebe7b649338e35c69dacc5c1f8&ext=.pdf&name=ctased16.pdf](http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=d09ba8ebe7b649338e35c69dacc5c1f8&ext=.pdf&name=ctased16.pdf)

Cármén Pignatelli (2007). Processo de Requalificação das Urgências, 1-2. Consultado em 13 de Março de 2007. Disponível na [www: <URL: http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Notas_de_Imprensa/20070222_MS_COM_Urgencias.htm](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Notas_de_Imprensa/20070222_MS_COM_Urgencias.htm)

Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação dos Serviços de Urgência do Ministério da Saúde (2006). Proposta de Rede de serviços de Urgência Hospitalar, 1-36. Consultado em 13 de Março de 2007. Disponível na [www: <URL: http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20061002_MS_Doc_Urgencias.htm](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20061002_MS_Doc_Urgencias.htm)

Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação dos Serviços de Urgência do Ministério da Saúde (2007). Requalificação das Urgências e alegado encerramento de Serviços, 1-5. Consultado em 13 de Março de 2007. Disponível na [www: <URL: http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20070301_MS_Doc_Urgencias.htm](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20070301_MS_Doc_Urgencias.htm)

⁸ Informação não disponível.

⁹ *Idem*.

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20070221_MS_Doc_Urgencias_Encerramento.htm

Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação dos Serviços de Urgência do Ministério da Saúde (2007). Proposta de Requalificação das Urgências, 1-8. Consultado em 13 de Março de 2007. Disponível na www: <URL: http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20070221_MS_Doc_Requalificacao_Urgencias.htm

Constituição da Republica Portuguesa. Consultado em Março de 2007. Disponível na www: <URL:

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/Constituicao/constituicao_p07.htm

Cooper, M. (1995, April). Application of field triage guidelines by pré-hospital personnel: is mechanism of injury a valid guideline for patient triage?. In *American Surgeon*. Consultado em 3 de Junho de 2004. Disponível na www: <URL: <http://search.epnet.com/direct.asp?an=9510171821&db=beh>

Derlet, R., (ND¹⁰). Triage. Consultado em 31 de Março de 2003. Disponível na www: <URL: <http://www.emedicine.com/emerg/topic670.htm>

Goolsby, C. (2006). Disaster Planning. Consultado a 11 de Outubro de 2007. Disponível na www: <URL: <http://www.emedicine.com/emerg/topic718.htm>

Grossman, V (ND). Telephone Triage Course. Consultado em 19 de Setembro de 2005. Disponível na www: <URL: <http://www.rnceus.com/triage/triageframe.htm>

Maia, O. (1999, Julho). Triagem no Serviço de Urgência de Pediatria. In *Informar*, 14-18.

Ministério da Saúde. Saúde 24. Consultado em 20 de Setembro de 2007. Disponível na www: <URL: http://www.saude24.pt/PresentationLayer/ctexto_00.aspx?local=15

NSW Health, 2005. How triage Works? Consultado em 11 de Junho de 2005. Disponível na www: <URL: <http://www.health.nsw.gov.au/hospitalinfo/triage.html>

NSW Health, 2005. How triage works—A bit of history. Consultado em 11 de Junho de 2005. Disponível na www: <URL: <http://www.health.nsw.gov.au/hospitalinfo/history.html>

¹⁰ Informação Não Disponível.

NSW Health, 2005. Five categories of triage. Consultado em 11 de Junho de 2005. Disponível na www: <URL: <http://www.health.nsw.gov.au/hospitalinfo/categs.html>

NSW Health, 2005. Triage performance benchmarks. Consultado em 11 de Junho de 2005. Disponível na www: <URL: <http://www.health.nsw.gov.au/hospitalinfo/triageperf.html>

NSW Health, 2005. Testing triage performance. Consultado em 11 de Junho de 2005. Disponível na www: <URL: <http://www.health.nsw.gov.au/hospitalinfo/triagetest.html>

Streger, M. (1998, Junho). Prehospital Triage. In Emergency Medicine Service Magazine. USA. Consultado a 11 de Junho de 2005. Disponível na www: <URL: <http://www.emsmagazine.com/articles/emsarts/triage.html>

Wood, D. (2004, June). On the Level(s). Consultado a 12 de Junho de 2005. Disponível na www: <URL: http://www.nurseweek.com/news/features/04-06/tiage_print..html

7. ANEXOS

ANEXO I. Esquema de Decisão de Triagem no Local

ANEXO II. *Canadian Triage & Acuity Scale*



The Canadian E.D. Triage and Acuity Scale

Patients should have an
INITIAL TRIAGE ASSESSMENT WITHIN 10 MINUTES*
of arrival



TRIAGE LEVEL I - RESUSCITATION		USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment IMMEDIATE*		Code / Arrest Major Trauma Shock States Near Death Asthma Severe Respiratory Distress Altered Mental State (unconscious, delirious) Seizures	Traumatic Shock Pneumothorax - Traumatic / Tension Facial Burns with Airway Compromise Severe Burns > 30% TBS Overdose with Hypotension / Unconscious AAA AMI with Complications / CHF / Low BP Status Asthmaticus Head Injury - Major / Unconscious Status Epilepticus
Time to PHYSICIAN Assessment IMMEDIATE*			
TRIAGE LEVEL II - EMERGENT		USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment IMMEDIATE*		Head Injury (Risk Features ± Altered Mental State) Severe Trauma Altered Mental State (lethargic, drowsy, agitated) Chemical Exposure - Eyes Allergic Reaction (Severe) Chest Pain • Visceral, Non-Traumatic • ± Associated Symptoms Overdose (conscious), Drug Withdrawal ABD Pain (Age >50) with Visceral Symptoms Back Pain (Non Trauma, Not MSK) GI Bleed with Abnormal Vital Signs CVA with Major Deficit Asthma Severe (PEFR <40%) Moderate / Severe Dyspnea / Difficulty Breathing Vaginal Bleeding • Acute, Pain scale >5 • ± Abnormal Vital Signs Vomiting and/or diarrhea (with suspicion of dehydration) Signs of serious infection (purpuric rash, toxic) Chemotherapy or immunocompromised Fever (age ≤ 3 months) Temp ≥ 38.0 (rectal) Acute Psychotic Episode / Extreme Agitation Diabetes: Hypoglycemia, Hyperglycemia Headache (Pain Scale 8 - 10/10) Pain Scale 8-10 (CVA, Back, Eye) Sexual Assault Neonate (≤ 7 days old)	Head Injury Trauma, Multiple Sites, Multiple Rib Fracture, Neck Injury / Spinal Cord Alkaline / Caustic Ocular Burns Anaphylaxis AMI, Unstable Angina, CHF, Chest Pain NOS, Gastroesophageal Reflux Unspecified Drug / Medicinal Overdose, "d.t.s." AAA, Appendicitis, Cholecystitis Gastrointestinal Bleed, Hypotension CVA Severe Asthma COPD, Croup Spontaneous Abortion Ectopic Pregnancy / Rupture Epiglottitis, Meningitis, Sepsis Acute Psychotic Episode / Agitation Hypoglycemia, Diabetic Ketoacidosis, Hyperglycemia Migraine Renal Colic, LBP / Strain (Disc), Keratitis, Iritis
Time to PHYSICIAN Assessment 15 MINUTES*			
TRIAGE LEVEL III - URGENT		USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment 30 MINUTES*		Head Injury, Alert, Vomiting Moderate Trauma Abuse / Neglect / Assault Vomiting and/or diarrhea (≤ 2 years) Dialysis problems Signs of Infection Mild / Moderate Asthma (PEFR > 40%) Mild / Moderate Dyspnea Chest Pain • No Visceral Symptoms (Sharp/MSK) • No Previous Heart Disease GI Bleed with Normal Vital Signs Vaginal Bleeding Acute, Normal Vital Signs Seizure, Alert on Arrival Acute Psychosis ± Suicidal Ideation Pain Scale 8 - 10 / 10 with minor injuries Pain Scale 4 - 7 / 10 (Headache, CVA, Back)	Head Injury Anterior Dislocated Shoulder, Tibia / Fibula Fracture, Bimalleolar, Trimalleolar Ankle Fracture Pylonephritis Asthma without Status / COPD Bronchiolitis / Croup, Pneumonia Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp) GI Bleed, No complications Spontaneous Abortion Seizure Acute Psychosis ± Suicidal Ideation Migraine, Renal Colic, LBP / Strain (Disc)
Time to PHYSICIAN Assessment 30 MINUTES*			
TRIAGE LEVEL IV - LESS URGENT		USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment 60 MINUTES*		Head Injury, Alert, No Vomiting Minor Trauma ABD Pain (Acute) Earache Chest Pain, Minor Trauma or MSK, No Distress Vomiting and diarrhea (>2 years/no dehydration) Suicidal Ideation / Depression Allergic Reaction (Minor) Corneal Foreign Body Back Pain (Chronic) URI Symptoms Pain Scale 4 - 7 Headache (Non Migraine / Not Sudden)	Head Injury, Alert, No Vomiting Colles Fracture, Ankle Sprain Appendicitis, Cholecystitis Otitis Media / Otitis Externa Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp), Gastroesophageal Reflux Suicidal Ideation / Depression Urticaria Corneal Foreign Body LBP / Strain URI
Time to PHYSICIAN Assessment 60 MINUTES*			
TRIAGE LEVEL V - NON URGENT		USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Time to NURSE Assessment 120 MINUTES*		Minor Trauma, Not Necessarily Acute Sore Throat, No Resp Symptoms Diarrhea alone (no dehydration) Vomiting alone normal mental status (no dehydration) Menses Minor Symptoms ABD Pain (Chronic) Psychiatric complaints Pain Scale < 4	LBP / Strain URI Gastroenteritis Vomiting Disorders of Menstruation Dressing Changes Cast Changes Constipation Symptoms / Neurotic, Personality and Nonpsychotic Mental Disorders Unspecified Superficial Laceration(s)
Time to PHYSICIAN Assessment 120 MINUTES*			

* **TIMES TO ASSESSMENT** are operating objectives, not established standards of care. Facilities without onsite physician coverage may meet assessment objectives using delegated protocols and remote communication.

Corporate Sponsor(s) acknowledgement here.

RESUSCITATION

Patients should have an
INITIAL TRIAGE ASSESSMENT WITHIN 10 MINUTES*
of arrival



URGENT

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Code / Arrest	Traumatic Shock
Major Trauma	Pneumothorax - Traumatic / Tension
Shock States	Facial Burns with Airway Compromise
Near Death Asthma	Severe Burns > 30% TBS
Severe Respiratory Distress	Overdose with Hypotension / Unconscious
Altered Mental State (unconscious, delirious)	AAA
Seizures	AMI with Complications / CHF / Low BP
	Status Asthmaticus
	Head Injury - Major / Unconscious
	Status Epilepticus

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Head Injury (Risk Features ± Altered Mental State)	Head Injury
Severe Trauma	Trauma, Multiple Sites, Multiple Rib Fracture, Neck Injury / Spinal Cord
Altered Mental State (lethargic, drowsy, agitated)	Alkaline / Caustic Occular Burns
Chemical Exposure - Eyes	Anaphylaxis
Allergic Reaction (Severe)	AMI, Unstable Angina, CHF, Chest Pain NOS,
Chest Pain • Visceral, Non-Traumatic	Gastroesophageal Reflux
• ± Associated Symptoms	Unspecified Drug / Medicinal Overdose, "d.t.'s"
Overdose (conscious), Drug Withdrawal	AAA, Appendicitis, Cholecystitis
ABD Pain (Age >50) with Visceral Symptoms	
Back Pain (Non Trauma, Not MSK)	Gastrointestinal Bleed, Hypotension
GI Bleed with Abnormal Vital Signs	CVA
CVA with Major Deficit	Severe Asthma
Asthma Severe (PEFR <40%)	COPD, Croup
Moderate / Severe Dyspnea / Difficulty Breathing	Spontaneous Abortion
Vaginal Bleeding • Acute, Pain scale >5	Ectopic Pregnancy / Rupture
• ± Abnormal Vital Signs	
Vomiting and/or diarrhea (with suspicion of dehydration)	
Signs of serious infection (purpuric rash, toxic)	Epiglottitis, Meningitis, Sepsis
Chemotherapy or immunocompromised	Acute Psychotic Episode / Agitation
Fever (age ≤ 3 months) Temp ≥ 38.0 (rectal)	Hypoglycemia, Diabetic Ketoacidosis, Hyperglycemia
Acute Psychotic Episode / Extreme Agitation	Migraine
Diabetes: Hypoglycemia, Hyperglycemia	Renal Colic, LBP / Strain (Disc), Keratitis, Iritis
Headache (Pain Scale 8 - 10/10)	
Pain Scale 8-10 (CVA, Back, Eye)	
Sexual Assault	
Neonate (≤ 7 days old)	

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Head Injury, Alert, Vomiting Moderate Trauma	Head Injury Anterior Dislocated Shoulder, Tibia / Fibula Fracture, Bimalleolar, Trimalleolar Ankle Fracture
Abuse / Neglect / Assault Vomiting and/or diarrhea (≤ 2 years) Dialysis problems Signs of Infection Mild / Moderate Asthma (PEFR $> 40\%$) Mild / Moderate Dyspnea Chest Pain • No Visceral Symptoms (Sharp/MSK) • No Previous Heart Disease GI Bleed with Normal Vital Signs Vaginal Bleeding Acute, Normal Vital Signs Seizure, Alert on Arrival Acute Psychosis \pm Suicidal Ideation Pain Scale 8 - 10 / 10 with minor injuries Pain Scale 4 - 7 / 10 (Headache, CVA, Back)	Pyelonephritis Asthma without Status / COPD Bronchiolitis / Croup, Pneumonia Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp) GI Bleed, No complications Spontaneous Abortion Seizure Acute Psychosis \pm Suicidal Ideation Migraine, Renal Colic, LBP / Strain (Disc)

LESS URGENT

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Head Injury, Alert, No Vomiting Minor Trauma ABD Pain (Acute) Earache Chest Pain, Minor Trauma or MSK, No Distress	Head Injury, Alert, No Vomiting Colles Fracture, Ankle Sprain Appendicitis, Cholecystitis Otitis Media / Otitis Externa Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp), Gastroesophageal Reflux
Vomiting and diarrhea (>2 years/no dehydration) Suicidal Ideation / Depression Allergic Reaction (Minor) Corneal Foreign Body Back Pain (Chronic) URI Symptoms Pain Scale 4 - 7 Headache (Non Migraine / Not Sudden)	Suicidal Ideation / Depression Urticaria Corneal Foreign Body LBP /Strain URI

NON URGENT

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Minor Trauma, Not Necessarily Acute Sore Throat, No Resp Symptoms Diarrhea alone (no dehydration) Vomiting alone normal mental status (no dehydration) Menses Minor Symptoms ABD Pain (Chronic) Psychiatric complaints Pain Scale < 4	LBP / Strain URI Gastroenteritis Vomiting Disorders of Menstruation Dressing Changes Cast Changes Constipation Symptoms / Neurotic, Personality and Nonpsychotic Mental Disorders Unspecified Superficial Laceration(s)

are operating objectives, not established standards of care. Facilities without onsite meet assessment objectives using delegated protocols and remote communication.

ANEXO III. *Clinical descriptors* para as categorias de urgência do *Australasian Triage Scale*.

Adaptado de

http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation__ATS.pdf.

	<i>Description of Category</i>	<i>Clinical Descriptors (indicative only)</i>
	<i>Immediately life-threatening</i>	Cardiac arrest Respiratory arrest Immediate risk to airway – impeding arrest Respiratory rate < 10/min Extreme respiratory distress BP<80 (adult) or severely shocked child/ infant Unresponsive or responds to pain only (GLS<9) Ongoing/ prolonged seizure IV overdose and unresponsive or hypoventilation Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence
	<i>Imminently life-threatening</i> <i>or</i> <i>Important time-critical treatment</i>	Airway risk – severe stridor or drooling with distress Severe respiratory distress Circulatory compromise <ul style="list-style-type: none"> - Clammy or mottled skin, poor perfusion; - HR<50 or >150 (adult); - Hypotension with haemodynamic effects; - Severe blood loss. Chest pain of likely cardiac nature Very severe pain – any cause BSL<3 mmol/l Drowsy, decreased responsiveness any cause (GCS<13) Acute hemiparesis/ dysphasia Fever with signs of lethargy (any age)

	<i>Description of Category</i>	<i>Clinical Descriptors (indicative only)</i>
	<p><i>Imminently life-threatening</i> <i>or</i> <i>Important time-critical treatment</i></p>	<p>Suspected meningococcaemia Acid or alkali splash to eye – requiring irrigation Major multi trauma (requiring rapid organised team response) Several localised trauma – major fracture, amputation High-risk history: <ul style="list-style-type: none"> - Significant sedative or other toxic ingestion; - Significant/ dangerous envenomation; - Severe pain suggesting PE, AAA or ectopic pregnancy. Behavioural/ psychiatric: <ul style="list-style-type: none"> - Violent or aggressive; - Immediate threat to self or others; - Requires or has required restraint Severe agitation or aggression.</p>
start	<p><i>Potentially life-threatening</i> <i>or</i> <i>Situational urgency</i></p>	<p>Severe hypertension Moderately severe blood loss – any cause Moderate shortness of breath SaTO₂ 90 – 95% BSL > 16 mmol/l Seizure (now alert) Any fever if immunosuppressed eg oncology patient, steroid Rx Persistent vomiting Dehydration Head injury with short LOC – now alert</p>

	<i>Description of Category</i>	<i>Clinical Descriptors (indicative only)</i>
start	<i>Potentially life-threatening or Situational urgency</i>	<p>Moderately severe pain – any cause – requiring analgesia</p> <p>Chest pain likely non-cardiac and mod severity</p> <p>Abdominal pain without high risk features – mod severe or patient age > 65 years</p> <p>Moderate limb injury – deformity, severe laceration, crush</p> <p>Limb – altered sensation, acutely absent pulse</p> <p>Trauma – high – risk history with no other high-risk features</p> <p>Stable neonate</p> <p>Child at risk of abuse/ suspected non-accidental injury</p> <p>Behavioural/ psychiatric:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Very distressed, risk of self-harm; - Acutely psychotic or thought disordered; - Situational crisis, deliberate self harm; - Agitated/ withdrawn; <p>Potentially aggressive.</p>
start	<i>Potentially serious Or Situational Urgency</i>	<p>Mild haemorrhage</p> <p>Foreign body aspiration, no respiratory distress</p> <p>Chest injury without rib pain or respiratory distress</p> <p>Difficult swallowing, no respiratory distress</p> <p>Minor head injury, no loss of consciousness</p> <p>Moderate pain, some risk features</p> <p>Vomiting or diarrhoea without dehydration</p> <p>Eye inflammation or foreign body – normal vision</p> <p>Minor limb trauma – sprained ankle, possible fracture, uncomplicated laceration requiring investigation or intervention – Normal vital signs, low/ moderate pain</p>

	<i>Description of Category</i>	<i>Clinical Descriptors (indicative only)</i>
start	<i>Potentially serious</i> <i>Or</i> <i>Situational Urgency</i>	Tight cast, no neurovascular impairment Swollen “hot” joint Non-specific abdominal pain Behavioural/ psychiatric: - Semi-urgent mental health problem; Under observation and/ or no immediate risk to self or others.
start	<i>Less urgent</i> <i>Or</i> <i>Clinico-administrative problems</i>	Minimal pain with no high risk features Low risk history and now asymptomatic Minor symptoms of existing stable illness Minor symptoms of low-risk conditions Minor wounds – small abrasions, minor lacerations (not requiring sutures) Scheduled revisit eg wound review, complex dressings Immunisation only Behavioural/ psychiatric: - Known patient with chronic symptoms; - Social crisis, clinically well patient.

ANEXO IV. ST em ambiente pré-hospitalar (tabela comparativa)

SISTEMA DE TRIAGEM CARACTERÍSTICAS	<i>Simple Triage and Rapid Treatment System (STARTS)</i>	Sistema de Triagem de Trauma (STT)	Sistema de Triagem Clínica Telefónica (STCT)
Ambiente e contexto	Pré-hospitalar, catástrofe e grandes incidentes	Pré-hospitalar	Pré-hospitalar
Ano em que foi desenvolvido	Década de 1980	ND ¹¹	Década de 1970
Estado e país de origem/ pioneiro	Califórnia, EUA	EUA	EUA
Países onde está implementado	EUA Portugal ...	EUA Portugal ...	EUA Reino Unido Alemanha Índia Israel Portugal ...
Entidade que implementou o ST	<i>Emergency Department of Orange County</i>	<i>American College of Surgeons' Committee on Trauma</i>	ND
Cidadãos/ utentes	Vítimas de catástrofe e/ ou IMV	Vítimas de trauma	Cidadãos, em geral.
Objectivo(s) específico(s)	Maximizar o número de sobreviventes do incidente.	Encaminhar e transportar a vítima para a estrutura de saúde, que melhor responde às necessidades da vítima.	Aconselhar e encaminhar, ou não, o cidadão/ utente para a estrutura de saúde que melhor responda às suas necessidades.
Critérios de triagem	- Capacidade de andar; - Presença ou ausência de ventilação ou preenchimento capilar; - Estado de consciência.	- Critérios Fisiológicos; - Anatomia de lesão; - Mecanismo de Lesão; - Factores de comorbilidade.	Critérios específicos para cada módulo de algoritmos.
*Módulos/ Algoritmos	Triagem de crianças - 50 - 80 cm ou 3 - 10 Kg - 80 - 100 cm ou 11 - 18 Kg	Anexo I. Esquema de decisão de triagem local.	*Pediatria *Saúde no Adulto *Saúde da Mulher *Saúde Mental

¹¹ Informação não disponível.

SISTEMA DE TRIAGEM CARACTERÍSTICAS	<i>Simple Triage and Rapid Treatment System (STARTS)</i>	Sistema de Triagem de Trauma	Sistema de Triagem Clínica Telefónica
*Módulos/ Algoritmos (cont.)	- 100 – 140 cm ou 19 – 32 Kg Triagem de adultos (INEM, 2005).	Anexo I. Esquema de decisão de triagem local.	*Geriatría
Processo	- Abordagem do cidadão/ vítima; - Escolha do algoritmo; - Actuação de acordo com o algoritmo escolhido.	- Abordagem do cidadão/ vítima; - Utilização do algoritmo; - Actuação e tomada de decisão, de acordo com o algoritmo.	- Contacto com o cidadão/ utente; - Identificação da queixa do cidadão/ utente; - Escolha do módulo e algoritmo; - Actuação de acordo com o algoritmo escolhido.
Categorias de urgência	- “Vermelho”, “prioridade 1” ou “imediato” - “Amarelo”, “prioridade 2” ou “urgente” - “Verde”, “prioridade 3” ou “retardado” - “Preto” ou “morto”	- Vítima a transportar a um Centro de Trauma ¹² , no meio mais adequado à vítima; - Vítima a transportar a uma estrutura de saúde, diferente de um Centro de Trauma (menos especializada) ¹³ , no meio mais adequado à vítima; - Vítima a transportar a estrutura de saúde dotada de “recursos” capazes de dar resposta às necessidades da vítima, no meio mais adequado ¹⁴ .	- Aconselhamento; - Aconselhamento e encaminhamento do cidadão/ utente para a estrutura de saúde com resposta mais adequada às necessidades do cidadão/ utente (v.g. SAP); - Aconselhamento, encaminhamento e transporte através de outras estruturas de saúde (v.g. INEM,) ao SU.
Profissional triador	Médico Enfermeiro ¹⁵	Médicos Enfermeiros Paramédicos	Médicos Enfermeiros Outros ¹⁶

¹² Realidade americana.

¹³ *Idem*.

¹⁴ Realidade portuguesa.

¹⁵ *Idem*.

¹⁶ Pessoas formadas para o efeito (v.g. Operadores de Central de Emergência Médica do INEM)

ANEXO V. ST em ambiente hospitalar (tabela comparativa)

<i>Severity Index</i>	<i>Manchester Triage System</i>	<i>Canadian Triage & Acuity Scale</i>	<i>Australian Triage Scale</i>
	Hospitalar	Hospitalar	Hospitalar
	1997	1998	2000
	Manchester, Reino Unido	Canadá	Austrália
	Reino Unido Portugal Canadá Japão Nova Zelândia	Canadá Quebec	Austrália Nova Zelândia Reino Unido Canadá Bélgica
	<i>Manchester Triage Group</i>	<i>Canadian Association of Emergency Physicians</i> <i>National Emergency Nurses Affiliation of Canada</i> <i>Association des médecins</i>	Autoridades de saúde australianas <i>Australian Council on Health Care Standard</i>

<i>Severity Index</i>	<i>Manchester Triage System</i>	<i>Canadian Triage & Acuity Scale</i>	<i>Australian Triage Scale</i>
-	-	<i>d'urgence du Québec</i>	-
- “Vermelho” ou “Emergente” - “Laranja” ou “Muito urgente” - “Amarelo” ou “Urgente” - “Verde” ou “Pouco urgente” - “Azul” ou “Não urgente”	- Nível 1 ou “ <i>Resuscitation</i> ” - Nível 2 ou “ <i>Emergent</i> ” - Nível 3 ou “ <i>Urgent</i> ” - Nível 4 ou “ <i>Less Urgent</i> ” - Nível 5 ou “ <i>Non Urgent</i> ”	1 – “ <i>Immediately life-threatening patients</i> ” 2 – “ <i>Imminently life-threatening patients</i> ” 3 – “ <i>Potentially life-threatening patients</i> ” 4 – “ <i>Potentially serious patients</i> ” 5 – “ <i>Less urgent patients</i> ”	
Identificar os cidadãos/ utentes prioritários através de algoritmos existentes para o atendimento.	Identificar os cidadãos/ utentes prioritários, utilizando um dos 52 algoritmos existentes.	- Identificar rapidamente cidadãos/ utentes em risco de vida; - Determinar a área de tratamento mais adequada aos cidadãos/ utentes que recorrem ao SU.	-Assegurar o tratamento dos cidadãos/ utentes de acordo com a sua urgência clínica, à qual está associado um tempo limite de intervenção; - A locar os cidadãos/ utentes na área de avaliação e tratamento mais adequada às suas necessidades.
Riscos	- Risco de Vida - Dor - Dor torácica (características cardíacas)	- Risco de Vida - Dor - Dor torácica (características cardíacas)	- Risco de Vida - Dor - Dor torácica (características cardíacas)

<i>Severity Index</i>	<i>Manchester Triage System</i>	<i>Canadian Triage & Acuity Scale</i>	<i>Australian Triage Scale</i>
<p>Adaptados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia - Grau do estado de consciência - Temperatura - Dimensão/ gravidade do trauma - Sobredosagem - Respiração - Alterações do trato gastrointestinal - Doença crónica (v.g. Diabetes) - Imunossupressão - Distúrbios psíquicos - Agravamento - Idade (v.g. dor testicular) - Afecção ocular e outros (v.g. ouvidos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia - Grau do estado de consciência - Temperatura - Dimensão/ gravidade do trauma - Sobredosagem - Respiração - Alterações do trato gastrointestinal - Doença crónica (v.g. Diabetes) - Imunossupressão - Distúrbios psíquicos - Agravamento - Idade (v.g. dor abdominal) - Diálise - Afecção ocular 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia -Compromisso circulatório - Grau do estado de consciência - Temperatura - Dimensão/ gravidade do trauma - Sobredosagem - Respiração - Alterações do trato gastrointestinal - Imunossupressão - Distúrbios psíquicos - Agravamento - Idade (v.g. dor abdominal) - Afecção ocular 	
<p>Alguns dos 52 algoritmos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agressão - Asma - Dispneia - Dor torácica 	<p>Relação entre um grupo de acontecimentos sentinela (definidos pelos diagnósticos do ICD-9-CM) e as situações mais frequentemente apresentadas pelos cidadãos/</p>	<p><i>Descriptors for categories (Anexo III)</i></p>	

<i>Severity Index</i>	<i>Manchester Triage System</i>	<i>Canadian Triage & Acuity Scale</i>	<i>Australian Triage Scale</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas - Grande traumatismo - Hemorragia Gastrointestinal - ... (T.4, p.38) 	<p>utentes (Anexo 1).</p>	<p><i>Descriptors for categories (Anexo III)</i></p>
<p>com o cidadão/ o da queixa cidadão/ utente; dos recursos do nível de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto com o cidadão/ utente; - Identificação da queixa principal do cidadão/ utente; - Escolha do algoritmo mais adequado à queixa apresentada; - Atribuição da categoria de urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto com o cidadão/ utente; - Identificação da queixa principal do cidadão/ utente; - Avaliação da queixa apresentada; - Aquisição de informação adicional; - Enquadramento da queixa e informação adquirida na escala; - Atribuição da categoria de urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto com o cidadão/ utente; - Identificação da queixa principal do cidadão/ utente; - Observar o cidadão/ utente, de acordo com o problema apresentado, tendo como guia orientador a lista dos <i>clinical descriptors</i>/escala; - Combinar a queixa principal com a observação efectuada; - Atribuição da categoria de urgência.
	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros

ANEXO VI Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Questões relativas aos critérios de inclusão no estudo:

- a. *No último ano, quantas vezes recorreu ao SU? (> 3 vezes)*
 - b. *Este hospital corresponde à sua área de residência? (Sim)*
 - c. *Que idade tem? (entre os 18 e os 68 anos, inclusive)*
 - d. *Que habilitações literárias tem? (9.º Ano de escolaridade) _____*
-
1. *Quando foi a última vez que esteve no SU?*
 2. *Para além deste SU, utiliza outros SU?*
 3. *Sofre de alguma doença crónica?*
 4. *Quais os motivos que o(a) levaram a recorrer ao SU?*
 5. *Quais os motivos que o(a) levaram hoje a recorrer ao SU?*
 6. *Quais os aspectos positivos e negativos deste SU?*
 7. *Na sua opinião, para que servem os SU?*
 8. *Descreva situações que justifique a ida de uma pessoa a um SU.*
 9. *Antes de se dirigir ao SU, recorre a outras estruturas de saúde?*
 10. *Sabe o que significa a pulseira que tem no punho? (Se sim, questão 11; se não, questão 12)*
 11. *Se sim. O que sabe relativamente a essa pulseira?*
 12. *Se não. A pulseira que apresenta no punho foi-lhe atribuída por profissionais de saúde num primeiro contacto com os mesmos. A pulseira tem uma cor, que significa uma prioridade de atendimento, que depende da gravidade dos seus sinais e/ ou sintomas. Assim, os profissionais de saúde asseguram que não irá esperar mais do que um período de tempo considerado aceitável para a sua situação.*
 13. *Conhece o STM?*
 14. *Se sim. Qual a sua opinião relativamente ao STM, como medida adoptada na reorganização/ requalificação do SU?*
 15. *Descreva em palavras suas algumas questões que lhe tenham feito no primeiro contacto com os profissionais de saúde do SU.*
 16. *Quais pensa serem os sinais e/ ou sintomas que os profissionais de saúde consideram mais e menos importantes na atribuição de uma cor?*

17. *Até que ponto os sinais e/ ou sintomas poderão estar relacionados com um atendimento mais rápido?*
18. *Até que ponto acha que as pessoas em geral poderão exagerar os seus sinais e/ ou sintomas para obterem um atendimento mais rápido? Dê exemplos*
19. *Se chegasse agora ao SU, que tipo de perguntas esperava que lhe fizessem?*
20. *Sabendo que a pulseira laranja garantia um atendimento mais rápido, de que forma lhe parece que as pessoas poderiam falsear os seus sinais e/ ou sintomas, para que lhe fosse atribuída a cor laranja e, assim, diminuir o seu tempo de espera no SU?*

ANEXO VII. Grelhas de análise de conteúdo (categorias, subcategorias, sub-subcategorias e unidades de registo)

DOS UTENTES NO SU

de registo

se ao episódio de urgência actual, que justificou a sua ida ao SU] "Hoje foi uma queda que dei." (E2)

ente ao episódio de urgência actual] "Acho que fracturei aqui uma costela." (E2)

que justifica a admissão de utentes no SU] "Dores no peito intensas". (E4)

mente quando o meu avô tinha dores no peito intensas"] "era sempre à adivinhar que era um enfarte..." (E4)

era que na suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio] "é sempre bom vir" [ao SU]. (E4).

dera que na suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio é importante recorrer ao SU] "por uma questão de
" (E4)

que as queixas do foro cardíaco são motivo de admissão no SU] Essas coisas do coração". (E4)

nfarte Agudo do Miocárdio. E5 considera motivo de admissão no SU pessoas com]" Ataques cardíacos." (E5)

se à dor torácica anterior, que experimentou num episódio de urgência anterior] "Da primeira vez tive uma
forte aqui no lado esquerdo." (E9)

perimentada por E9 num episódio anterior] "Começou-me a apanhar o braço e aqui à frente" [hemitórax
(E9)

lio de urgência anterior] "Acabei por ficar cá internada por um pneumotórax." (E9)

ve levou E9 a recorrer ao SU] "Continuo cheia de dores." (E9)

E9 experimenta localiza-se] "nas costas, no lado direito." (E9)

se à dor torácica posterior, que experimenta no episódio de urgência actual] "Há 2 dias atrás senti uma dor do
o." (E9)

era a dor que apresenta actualmente] "um bocadinho forte." (E9)

era a dor] "Não tão forte como a outra." (E9)

DOS UTENTES NO SU

de registo

ente à dor torácica posterior, à direita, motivo de uma admissão anterior no SU] "A médica disse que não era pneumotórax." (E9)

ódio de urgência anterior, no qual a queixa consistiu em dor torácica, posterior, à direita, a médica referiu] "mente seria uma dor muscular." (E9)

deu indicação a E9, relativamente à sua dor torácica, posterior, à direita] "se eu continuasse com a dor, que " ". (E9)

era motivo de admissão no SU pessoas com] "Ataques cardíacos" [Enfarte Agudo do Miocárdio]. (E9)

e admissão em episódio de urgência actual] "Hoje vim por causa de uma dor nas costas." (E10)

cia a sua dor] "Deve ter sido um mau jeito, que devo ter dado." (E10)

dera ser motivo de admissão no SU, pessoas] "No meu caso". (E10)

or abdominal e dor lombar, respectivamente. Motivo de admissão de E4 no SU] "Tenho dores nos ovários e fortes." (E4)

ndo-se à dor abdominal e dor lombar, E4 refere] "Tenho a menstruação atrasada." (E4)

ndo-se à dor abdominal, à dor lombar e ao atraso da menstruação] "Eu estou a tentar engravidar." (E4)

va de enumerar exemplos de situações experimentadas por pessoas a recorrerem ao SU] "Por exemplo, falo do (E6)

utilizado por E6, a ser admitido no SU] "Quando vêm com problemas de apendicite". (E6)

se a episódios de urgência anteriores] "Da última vez, estive cá três vezes". (E6)

na vez, estive cá três vezes"] "pelo mesmo motivo". (E6)

dios anteriores referidos] "Estava grávida." (E6)

DOS UTENTES NO SU

de registo

... episódios anteriores] " Tudo o que comia e bebia, vomitava". (E6)

... episódios anteriores] " Sentia imensas dores de barriga". (E6)

... episódios que levaram E7 ao SU] " Foram dores de estômago, um problema no ovário". (E7)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

... episódios de disfagia ou " dor de garganta". E2 refere-se a um episódio anterior de urgência] " A última vez foi uma vez foi uma angina"] " não passava". (E2)

DOS UTENTES NO SU

de registo

os meus diabetes estão a subir."] " e eu não consigo controlar". (E4)

vez vim mais uma vez com uma crise de hipoglicemia." (E5)

sa de admissões anteriores no SU] " Por causa das crises de hipoglicemia." (E5)

s de hipoglicémia ocorriam] " os desmaios." (E5)

s de hipoglicémia] " sentia-me fraca." (E5)

era motivos de admissão no SU, "Essas coisas do coração" e] " faltas de ar..." (E4)

isas do coração e faltas de ar..."] " Acho que essas situações devem vir ao hospital." (E4)

era motivo de admissão no SU] " Uma pessoa sentir falta de ar". (E9)

ve levou E1 a recorrer ao SU] " O pé está inchado." (E1)

á inchado"] " por ... ter caído."

o problemas de coração e] " de vez em quando dam-me síncope." (E1)

o problemas de coração e ... de vez em quando dam-me síncope"] " Claro que eu cai." (E1)

se a episódios anteriores de urgência] " Em geral, venho por causa do coração." (E1)

se aos problemas do foro cardíaco: motivo da sua admissão no SU, em anteriores episódios de urgência] " Eu
mias." (E1)

se aos problemas do foro cardíaco: motivo da sua admissão no SU, em anteriores episódios de urgência] " A
do coração bater três vezes e pára, bate três vezes e para outra vez." (E1)

DOS UTENTES NO SU

de registo

...se aos problemas do foro cardíaco: motivo da sua admissão no SU, em anteriores episódios de urgência] "a
...". (E1)

...para uma simples gripe não"] "mas uma gripe com muita febre". (E1)

...era serem motivos de admissão no SU, os que se assemelham ao seu, nomeadamente pessoas com] "Problemas
... problemas de circulação,..." (E1)

...soa que está constipada". (E1)

...soa que está constipada"] "como eu." (E1)

...que os SU servem para pessoas como eu." (E1)

...que tomam o "varfine". (E1)

...era que deverão recorrer ao SU pessoas] "que sofram do coração". (E1)

...era que deverão recorrer ao SU pessoas] "que levem um "pacemaker" ". (E1)

...nte uma coisa grave". (E2)

...era uma "coisa grave"] "um desmaio" (E2)

...nte uma coisa grave, um desmaio"] "não sei." (E2)

...nte é a dor." (E3)

...estou com dores muito fortes". (E4)

...desmaios ... não vou estar à espera do médico de família." (E5)

...desmaios ... não vou estar à espera do médico de família."] "Vou ter que ir ao SU". (E5)

...se as situações que ocorrem pontualmente] "algo fora do normal." (E7)

...era "algo fora do normal"] "Uma dor que uma pessoa não venha a sentir há muito tempo." (E7)

DOS UTENTES NO SU

de registo

Acidentes Vasculares Cerebrais. E9 considera motivo de admissão no SU] "ataques vasculares cerebrais" (E9)
primeiro motivo que me leva ao SU." (E10)

ente é ... as gripes ou muita tosse." (E10)

qualquer coisa não muito grave." (E10)

se ao episódio actual de urgência] "Hoje acordei com manchas no corpo". (E7)

se a episódios anteriores de urgência] "Às vezes por causa da vista." (E1)

ente ao episódio actual de urgência] "Eu tenho sentido nesta vista esquerda uma bolinha castanha". (E6)

o sentido nesta vista esquerda uma bolinha castanha e"] "agora sinto ramos com folhas castanhas". (E6)

o sentido nesta vista esquerda uma bolinha castanha e agora sinto ramos com folhas castanhas e"] "a vista a
ermelha de dia para dia." (E6)

se ao canto do olho esquerdo] "Estou a começar a sentir aqui no cantinho a doer". (E6)

ver] "tudo embaciado". (E6)

estar] "a deixar de ver da vista." (E6)

o minha vista direita ... e não vejo quase nada." (E6)

me levou E5 a recorrer ao SU. Leia-se dor lombar] "Não aguento as dores nos rins." (E5)

ento as dores nos rins"] "e não me sinto bem." (E5)

na 5 feira." (E5)

, quando E5 recorreu ao SU] "foi-me detectada uma infecção nos rins." (E5)

DOS UTENTES NO SU

de registo

... não aguento as dores e não me sinto bem." (E5)

... às "dores nos rins"] " Já estou a ter outras dificuldades, a andar, a ir à casa de banho". (E5)

... inchada." (E5)

...ndo-se à dor lombar e sensação de inchaço, E5 refere] Dores de cabeça muito fortes." (E5)

... episódio de urgência anterior] " Tive retenção urinária total." (E3)

... fossem uma ajuda no momento" E2 considera que se dirigiam ao SU] " Só coisas extremamente urgentes, como
... de automóvel". (E2)

... era indispensável a admissão no SU de vítimas de] " Acidentes" (E6)

... se a episódio de urgência anterior] " o acidente de viação." (E7)

... situações que ocorrem pontualmente" (E7)

... se as situações que ocorrem pontualmente como] " Um acidente". (E7)

... era motivo de admissão no SU, vítimas de] " acidentes". (E8)

... era motivo de admissão no SU, vítimas de] " Atropelamentos". (E9)

... ve] " para casos mesmo graves". (E9)

... era um " caso mesmo grave" o] " de uma pessoa ... atropelada." (E9)

... dera que " se os CS fossem uma ajuda no momento", recorreriam ao SU situações extremamente urgentes
... de] " alguém que esfaqueou alguém". (E2)

... e justifica a ida de uma pessoa ao SU] " Por exemplo, no meu caso". (E1)

DOS UTENTES NO SU

de registo

a as suas quedas à patologia cardíaca que apresenta. " No meu caso"] " que me farto de cair." (E1)

(E4)

(E9)

esperadas". (E10)

esperadas"] " uma queda..." (E10)

a pessoa bate com a cabeça". (E4)

e-se a um episódio de urgência anterior] " Uma foi por causa dos dentes." (E10)

motivo de recorrência ao SU foi os dentes] " Tinha uma infecção que não era visível (...)" . (E10)

motivo de recorrência ao SU foi os dentes, a infecção] " apanhava-me os ouvidos." (E10)

é por causa do INR." (E1)

ha um abscesso" (E3)

cá porque acabou-se-me a medicação do quisto infectado." (E3)

m cá porque acabou-se-me a medicação do quisto infectado."] " Queria saber se continuava o antibiótico ou

à consulta de Cirurgia Geral, na qual iria obter a informação que pretendia, continuar ou não a tomar o
] " só tenho consulta no dia 21 e teria que ir a uma das urgências ou lá ou cá." (E3)

recorrido ao hospital para consulta de urologia] " Como estava cá ... aproveitei para vir a esta urgência." (E3)

DOS UTENTES NO SU

de registo

era que "se os CS fossem uma ajuda no momento", recorreriam ao SU] "Pessoas com uma certa idade". (E2)
era que "se os CS fossem uma ajuda no momento", recorreriam ao SU "Pessoas com uma certa idade"] "que correm risco de vida." (E2)

aves, tipo infecções graves". (E8)

as infecto-contagiosas." (E8)

era possível a admissão de uma pessoa no SU] "Na ausência de uma possível consulta no médico" (ao nível do

estamos numa situação em que já fomos ao médico de família." [e o mesmo não conseguiu resolver o problema]

era um episódio de "urgência menos grave", aquele que a pessoa recorre ao SU por] "não ter acesso ... a de equipamento" [no CS]. (E2)

ve] "Para casos em que as pessoas já tenham recorrido ao CS". (E9)

era possível a utilização dos SU por pessoas que já tenham recorrido ao CS] "e tenham sido encaminhadas . (E9)

AGENS DO STM

des de registo

isódio de urgência actual] "Esperei um bocado para a triagem". (E2)
ualmente] "A triagem é muito rápida". (E3)
rou foi uma hora e dez na triagem." (E3)
arte da triagem, acho que está muito bem." (E8)
vamente à triagem] "O tempo de espera não é muito grande." (E8)
vamente à triagem] "É um tempo de espera ... razoável." (E8)

isto está bastante bem". (E1)
isto está bastante bem"] "Porque levo aqui uma hora." (E1)
go atendida". (E2)
tivo é o tempo de espera." (E2)
vamente à demora no primeiro atendimento médico] "Muito má". (E3)
ualmente "a triagem é muito rápida"] "mas depois chega-se às salas de espera é uma multidão." (E3)
vamente ao episódio de urgência actual] "Foi a primeira vez que foi tão rápido." (E3)
io tenho muita razão de queixa." (E5)
primeira vez que venho cá e isto está a abarrotar." (E5)
vamente ao tempo de espera para o primeiro atendimento médico] "Estou desde as dez da manhã até às quatro
le." (E5)
nos nós, doentes, muitas horas à espera para sermos atendidos." (E7)
mos nós, doentes, muitas horas à espera para sermos atendidos"] "mesmo que uma pessoa tenha a senha

AGENS DO STM

des de registo

a." (E7)

ativo é o tempo de espera". (E9)

inho uma senha amarela que é das mais urgentes". (E9)

inho uma senha amarela que é das mais urgentes"] "e estou aqui há muito tempo." (E9)

is negativo ... é a espera." (E10)

vamente ao tempo de espera] "Muito grande, para quem está em desespero." (E10)

vamente ao elevado tempo de espera] "Não sei se tem a ver só directamente com a triagem". (E2)

ntativa de resolver o elevado tempo de espera] "se calhar mudando o método da triagem, ... os médicos
uiam trabalhar de maneira diferente". (E2)

gem não é feita como deveria ser." (E2)

vamente à aplicação do método de triagem] "Acho que generalizam um bocado". (E2)

o que generalizam um bocado"] "não tem que ser assim". (E2)

o tem a cor vermelha, obviamente deve passar à frente". (E2)

que as pessoas que estão com as situações mais urgentes devem obviamente passar à frente". (E2)

o que as pessoas que estão com as situações mais urgentes devem obviamente passar à frente"] "Mas também
devem esquecer das outras pessoas, que não são tão urgentes". (E2)

nsidera se os médicos apenas se ocupam dos utentes classificados com cor vermelha] "quem tem a senha verde
car ali, duas horas, três, quatro horas". (E2)

m tem a senha verde pode ficar ali, duas horas, três, quatro horas"] "como eu estive." (E2)

mal irmos duas vezes à triagem". (E6)

AGENS DO STM
des de registo
ere-se à triagem propriamente dita] "Vamos à triagem aqui." (E6)
ere-se ao primeiro atendimento médico, que considera consistir num segundo momento de triagem] "Depois lá dentro outra vez." (E6)
episódio anterior] "Faltava-me muito o ar". (E1)
ragem] "em vez de me mandarem para Medicina, enviaram-me para Pneumologia." (E1)
nsidera como aspecto negativo a] "Falta de informação." (E3)
de informação tipo] "Quantas pessoas estão à minha frente." (E3)
as prioridades] "Não sabemos a nossa vez". (E3)
e-se ao exterior do país] "Lá fora também há as prioridades". (E3)
ora também há as prioridades" e] "Estamos sempre actualizados". (E3)
ndo informação] "se eu quero sair da sala ... posso sair." (E3)
ocupar o meu tempo." (E3)

... episódio] "a médica mandou-me fazer um INR e estava a 7,...". (E1)
... e dar a vitamina K ... disse-me para voltar cá amanhã". (E1)
... vim, com a carta da médica e tinha prioridade". (E1)
... que desde as dez da manhã, até às seis ou sete da tarde"] "e fui internada." (E1)
... valor de INR] "Quando fui internada estava a 12 ou a 14." (E1)
... s mal atendida". (E1)
... sido mal atendida] "por uma enfermeira ... e ... por um médico." (E1)
... médico que considera tê-la atendido mal] "O senhor meteu na cabeça ... que eu ... tinha que ser vista por um
... o Psiquiatra, para quem o médico encaminhou a utente] "Eu disse-lhe que tinha o meu." (E1)
... stão médica: observação pelo médico Psiquiatra] "Eu assinei a alta". (E1)
... a de observação médica pelo Psiquiatra] "Eu ... deixei nota que ele não se importou bem comigo". (E1)
... m outro episódio, no qual considera ter sido mal atendida] "Uma vez entrei para ali para aquele corredor".
... de se põe portanto estes papeis ... onde se colocavam". (E1)
... o local onde se colocam os papeis] "Eu fiquei a olhar para aquilo". (E1)
... ar para aquilo"] "e a enfermeira toda furiosa". (E1)
... da furiosa"] "porque eu não tinha que estar ali." (E1)
... chas de inscrição dos utentes] "Ela disse-me que eu não podia ler aquilo." (E1)
... ns médicos." (E2)

GENS DO SU

sto

ons médicos"] "Boas enfermeiras." (E2)

atendidos, somos bem atendidos." (E2)

ao médico e fica tudo resolvido." (E2)

ao médico e fica tudo resolvido."] "As coisas resolvem-se." (E2)

oas ... acabam sempre por serem atendidas." (E2)

oas ... acabam sempre por serem atendidas"] "mesmo que demore". (E2)

aspecto positivo do SU] "Acho eu o pessoal." (E3)

os profissionais do SU um aspecto positivo daquele Serviço] "Todos". (E3)

os profissionais do SU] "Está mais simpático do que há 30 anos atrás." (E3)

que me faça falar mal do hospital." (E4)

atendida." (E4)

s enfermeiras à minha volta." (E4)

s enfermeiras à minha volta"] "a ver se já tenho os diabetes mais compensados". (E4)

s enfermeiras à minha volta", "a ver se já tenho os diabetes mais compensados"] "se tenho fome." (E4)

panhado doutoras impecáveis." (E5)

o atendimento por médicos diferentes, resultante do grande tempo de permanência no SU] "Uma pessoa
n bocado indecisa". (E6)

meça a ficar um bocado indecisa"] "porque nem sempre os médicos têm a mesma opinião." (E6)

ndo a melhorar em termos de atendimento." (E7)

GENS DO SU

sto

ndo nos atendem ... dam-nos mais atenção." (E7)
e alguns médicos chegam] "Ao ponto de serem mal criados." (E8)
atendimento pelos profissionais do SU] "As auxiliares e as enfermeiras..., os médicos ... não tive razão de
o atendimento] "fui sempre muito bem tratada." (E9)
tratada." (E10)
para cá tem melhorado muito." (E10)

m episódio anterior] "Tive aqui, acho que desde as dez da manhã, até às seis ou sete da tarde". (E1)
ou bastante tempo." (E1)
o da retenção urinária, que E3 considera ter sido rápido] "passei cá oito horas." (E3)
o da retenção urinária] "Fui atendido pelo médico generalista". (E3)
o da retenção urinária] "Fiz análises". (E3)
"demorou quarenta e cinco minutos, uma hora" (E3).
demorou quarenta e cinco minutos, uma hora"] "tudo bem". (E3)
do resultado das análises] "esperei para ir outra vez à mesma generalista". (E3)
ca generalista"] "esperei mais uma hora.". (E3)
entrar em filas sobre filas." (E3)
ser atendido, devo ter algum tipo de prioridade em relação aos que estão a chegar." (E3)
ez ao generalista". (E3)

GENS DO SU

sto

"médica generalista"] "ela achou que eu devia fazer uma ecografia". (E3)

ária à "médica generalista"] "O urologista não queria fazer a ecografia." (E3)

Achava que a ecografia não era um motivo de urgência." (E3)

grafia] "fiquei a esperar quatro horas". (E3)

o tempo, E3 considera] "4 horas a cinco foram inúteis." (E3)

oras] "As primeiras três estão justificadas". (E3)

ês horas devido à existência de] "muitas pessoas". (E3)

ica as três horas pelo tempo envolvido e necessário para a obtenção dos] "resultados das análises..." (E3)

oram muito tempo." (E5)

enso tempo." (E6)

o serviço prestado no SU] "Acho bastante lento". (E6)

o de exames, relativamente ao atendimento médico] "já não é o mesmo médico." (E6)

mesmo médico a atender] "Temos que falar tudo outra vez." (E6)

depois eu vir para aqui". (E1)

vir para aqui"] "para me darem a vitamina K?" (E1)

vir para aqui, para me darem a vitamina K?"] "Não". (E1)

directamente ao hospital." (E1)

er no imediato o que provoca a dor." (E10)

o mais rápido possível." (E10)

GENS DO SU
sto
álise". (E10) mente". (E10) os exames complementares de diagnóstico (análises e RX)] "Faz-se tudo no mesmo sítio". (E10) amente medicado". (E10)
mesmo sítio"] "os preços são mais em conta". (E10) os MCDT] "Os preços são muito mais em conta"] "e fica-se logo com tudo". (E10) Acredite que sim." (E10)
o elevado tempo de espera] "Se calhar tem a ver um bocado com a organização dos médicos na altura." (E2) um episódio de urgência anterior] "Se eu não tivesse chamado o médico que estava a organizar os outros o, eu não tinha sido atendida." (E2)
anterior] "Fiquei com o braço negro, de tirar sangue." (E5) pessoa que colheu o sangue para análise] "A rapariga era estagiária". (E5) colocação de um estagiário no SU] "nós não compreendemos tão bem." (E5)

POSTA DOS CS

registro

te ao SAP] "Depois aquilo fica pior que o hospital." (E1)

te à possibilidade de ter recorrido ao CS] "Está completamente fora de questão." (E10)

etamente fora de questão" porque "entro lá com uma dor nas costas"] "saiu de lá com um vírus ou coisa que

ra os CS] "Sítios muito pequeninos". (E10)

ra os CS sítios] "muito fechados". (E10)

ra os CS sítios] "onde há muita gente". (E10)

ra que nos CS] "acaba por ser o dobro do desespero." (E10)

uito confuso para mim." (E10)

completamente fora de questão." (E10)

a que está constipada, como eu", que] "toma o varfine e outras coisas". (E1)

o ir à minha médica de família". (E1)

so ir à minha médica de família"] "porque ela não dá absolutamente nada". (E1)

família] "manda-me para o hospital." (E1)

édica diz-me logo, isso tem que ser o hematologista." (E1)

ão tem estomatologia." (E3)

viám ... ter vitamina K." (E1)

a que se no CS de Sete Rios tivessem vitamina K] "eu já não tinha que vir para aqui." (E1)

me fizessem um RX"] "eu não estava aqui." (E1)

POSTA DOS CS

registro

os CS não estão bem equipados." (E2)

te aos profissionais do CS] "Eles não têm uma máquina para fazer ecografias." (E2)

or ir ao CS perder tempo". (E2)

esse uma máquina de fazer ecografias"] "não tinha que vir ao hospital". (E2)

que estive na médica de família, vi ela a mandar para o hospital, ... para a urgência." (E3)

ez que estive na médica de família, vi ela a mandar para o hospital ... para a urgência."] "Lá teve que esperar
depois aqui". (E3)

te ao episódio actual] "Eu não fui a um CS". (E9)

a que se fosse ao CS] "não me resolviam o ... problema". (E9)

o seu problema resolvido] "porque não têm lá RX". (E9)

o SU porque] "não tinha médico" (E3)

te à realidade Inglesa, experimentada pelo utente] "a nossa tendência é ir para o hospital." (E3)

rra, a nossa tendência é ir para o hospital.] "Não há CS." (E3)

do ao CATUS." (E4)

ido ao CATUS"] "só que mandaram-me para o médico de família." (E4)

ido ao CATUS, só que mandaram-me para o médico de família"] "O médico de família está de férias." (E4)

das dores nos ovários e rins, muito fortes, atraso da menstruação, tentativa de engravidar por E4 e
temporária do médico de família por motivo de férias] "Então achei melhor vir ver o que é que se passa." (E4)

de ter a minha médica há muito tempo de atestado"] "normalmente também nunca ajuda muito". (E10)

POSTA DOS CS

registro

... não uma ajuda no momento." (E2)

... possuem uma ajuda no momento"] "As pessoas não recorriam tão frequentemente às urgências dos hospitais."

... e tão urgente tinha que marcar uma consulta"] "que não me iam marcar hoje." (E2)

... te à aquisição de consulta no CS, com o médico de família, em situação de doença ou lesão súbita] "O que acontece é que uma pessoa ... não tem vagas". (E2)

... a que se fosse ao CS] "No máximo tinha consulta para daqui a quinze dias." (E2)

... "quando já não se aguenta mesmo" e] "o médico de família não pode no imediato." (E10)

... SAP] "Só a partir das seis da tarde." (E1)

... CS porquê?"] "Porque se eu fosse ao CS era só à noite a urgência do CS." (E2)

... não estou em condições para esperar até à noite". (E2)

... as urgências ... são até às oito da noite". (E2)

... te ao horário de funcionamento do SAP] "Não sei a que horas é que começa". (E2)

... pessoas estão mesmo doentes"] "quando não têm outra solução, vêm ao hospital." (E4)

... o tenho mais por onde me virar, venho ao hospital." (E4)

... não temos um CS que nos possa atender, temos que nos deslocar para algum lado." (E7)

... uma senhora que estão a mandá-la ao CS." (E1)

... te à senhora que E1 conhece] "Acho que tem uma úlcera na perna". (E1)

... te à úlcera de perna da pessoa que E1 conhece] "vê-se que aquela ferida está a fechar em falso". (E1)

POSTA DOS CS

registro

te à úlcera de perna da pessoa que E1 conhece] "aquilo tem que ser lancetado" (E1)

nda assim há mais de um ano." (E1)

ela devia tê-la mandado para o hospital." (E1)

veve uma variz que rebentou". (E1)

e é um caso grave". (E1)

ve é um caso grave"] "para ser tratado num CS normalito." (E1)

à médica de família] "a médica passa uma ecografia". (E2)

refere que a médica de família requisita uma ecografia] "para depois voltar à médica". (E2)

reobservada após realização da ecografia, refere] "ter que marcar outra vez a consulta." (E2)

de ter a minha médica há muito tempo de atestado, normalmente também nunca ajuda muito"] "porque a sempre a primeira opção". (E10)

de ter a minha médica há muito tempo de atestado, normalmente também nunca ajuda muito, porque a sempre a primeira opção"] "e depois as análises, ... o RX" (E10).

X, que em condições de ambulatório, na comunidade] "é tudo feito fora". (E10)

X, que em condições de ambulatório, na comunidade "é tudo feito fora"] "e para quem tem tão pouco tempo vezes a urgência. (E10)

Unidades de registo

- " Esta verde... significa que serei das pessoas que serão mais tarde atendidas". (E1)*
- [A pulseira] " Tem uma cor que deve ter a ver com a gravidade da minha situação". (E2)*
- [A pulseira " tem uma cor que deve ter a ver com a gravidade da minha situação"] " ou não." (E2)*
- [A pulseira] " Amarela deve ser não muito grave". (E2)*
- [A pulseira " Amarela deve ser não muito grave"] " mas menos grave" (E2)*
- [A pulseira " Amarela deve ser não muito grave, mas menos grave"] " deve estar no meio". (E2).*
- [" Amarela deve ser não muito grave, mas menos grave, deve estar no meio"] " não sei." (E2)*
- " Acho que ainda há a verde". (E2)*
- " A prioridade." (E3)*
- " Vai desde o branco ao vermelho." (E3)*
- " Não sei se em Portugal são usadas todas as cores." (E3)*
- [E4 refere-se à ordem de atendimento dos utentes] " Esta pulseira é a ordem". (E4)*
- " Esta pulseira... é a gravidade da situação da pessoa." (E4)*
- " As pessoas que têm vermelho estão mesmo mal". (E4)*
- " O laranja, é ... aqueles casos mais graves, mas que não são tão graves." (E4)*
- " Os amarelos são os intermédios." (E4)*
- " Os verdes são os que estão mais ou menos..." (E4)*
- [" Os verdes são os que estão mais ou menos..."] " podiam ter ido a outro sítio". (E4)*
- " E depois há os azuis, que são aqueles que não valia a pena terem cá vindo." (E4)*

Unidades de registo

" Não sei o que significa bem". (E4)

[" Já vi que têm várias cores." (E5)

" Já vi que têm várias cores"] " São por escalão, por gravidade de urgência." (E5)

" Temos a ideia que é o grau de urgência." (E6)

" Tem a verde, a amarela, a laranja... a vermelha é a de urgência." (E6)

" É pela prioridade do doente... a gravidade." (E7)

[E7 espera porque] " Tenho à minha frente outros doentes... prioritários." (E7)

[Para o primeiro atendimento médico] " Quer dizer que tenho que esperar mais tempo." (E7)

" Possivelmente esta cor deve significar ... uma coisa mais grave, menos grave, mais ou menos". (E8)

[E9 tenta justificar o motivo da cor amarela da sua pulseira] " Tem a ver com a dor ser um pouco tolerável". (E9)

[E9 refere-se à intensidade da dor. " Tem a ver com a dor ser um pouco tolerável"] " mas é uma dor um bocadinho mais." (E9)

" Se a pessoa estiver mais, que não seja uma coisa dolorosa, sei que temos uma senha verde." (E9)

[" Com a senha verde, as pessoas quase sempre ficam mais tempo à espera"] " por causa da gravidade dos outros casos." (E9)

" A amarela e a laranja seriam aquelas que seriam as mais graves". (E9)

[" A amarela e a laranja seriam aquelas que seriam as mais graves"] " sentir uma coisa muito dolorosa." (E9)

" Uma pessoa que venha com a senha laranja, vem numa situação um bocadinho mais grave". (E9)

IVO AO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

Unidades de registo

[Relativamente a um doente com pulseira laranja] "Penso que passa à frente das outras pessoas todas." (E9)

[Relativamente ao atendimento médico] "Acho que consoante a senha passam à frente." (E9)

"Com a senha verde, as pessoas quase sempre ficam mais tempo à espera". (E9)

"O sinal amarelo não sei muito bem o que quer dizer". (E10)

["O sinal amarelo não sei muito bem o que quer dizer"] "se é pouco urgente?!" (E10)

"Umhas verdes, umas vermelhas, ... amarelo e ... laranja." (E10)

["A triagem é precisamente para isso"] "estabelecer as prioridades." (E3)

"As pessoas que estão mais gravemente doentes, devem ser atendidas mais rapidamente." (E3)

"Nós quando vamos à triagem somos avaliados por aquilo que sentimos." (E9)

"Perguntaram-me o que é que tinha acontecido." (E1)

"A primeira pergunta que eles fazem é: o que é que se queixa?". (E2)

["A primeira pergunta que eles fazem é o que é que se queixa"] "ou o que é que sente." (E2)

"Eu disse que tinha tido uma queda." (E2)

"Ele perguntou-me como é que tinha sido a queda". (E2)

["Ele perguntou-me como é que tinha sido a queda"] "como é que eu caí". (E2)

"Hoje perguntou-me por que é que eu vim cá." (E3)

"Perguntam sempre porque é que nós vimos". (E4)

Unidades de registo

- " Dependendo daquilo que eu disser, fazem sempre outras perguntas". (E4)*
- [Perguntas] " para ver se eu tive outros sintomas ou não". (E4)*
- [Relativamente aos sintomas] " Há sempre qualquer coisa que escapa." (E4)*
- " A enfermeira perguntou-me se eu tinha tido enjoos, tonturas..." (E4)*
- [Relativamente às perguntas] " Foi coisas que eu não me lembrei de dizer que tinha, mas que tinha tido." (E4)*
- " Eles geralmente perguntam porque é que venho cá". (E5)*
- " Eles geralmente perguntam... o que é que estou a sentir". (E5)*
- " Hoje perguntaram-me qual era o meu problema". (E6)*
- " Hoje perguntaram-me ... porque é que eu me tinha dirigido às urgências". (E6)*
- " Perguntaram o que é que eu tinha." (E7)*
- " Só me perguntaram se eu tinha dores." (E7)*
- " Perguntam-me o que é que eu tenho". (E8)*
- [" Perguntam-me"] " se tive febre". (E8)*
- [" Perguntam-me"] " se não tive febre". (E8)*
- [" Perguntam-me"] " se é a primeira vez que cá venho." (E8)*
- [" Perguntam-me"] " se sou alérgica a alguma coisa". (E8)*
- [" Perguntam-me"] " há quanto tempo estou assim". (E8)*
- [" Perguntam-me"] " que medicamentos estou a fazer." (E8)*

IVO AO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

	<i>Unidades de registo</i>
	<p><i>[Questões colocadas a E9] "Porque é que eu estava cá". (E9)</i></p> <p><i>[Questões colocadas a E9] "O que é que eu sentia." (E9)</i></p> <p><i>"Que dores é que eu sentia". (E9)</i></p> <p><i>"Perguntam sempre se teve febre." (E10)</i></p> <p><i>"Da última vez quando vim com o dente, com infecção, perguntaram-me se o ouvido doía" (E10)</i></p>
	<p><i>"O que é que lhe aconteceu?" (E1)</i></p> <p><i>"Porque é que está aqui outra vez?" (E1)</i></p> <p><i>"Tem que saber o que é que tem". (E2)</i></p> <p><i>"O que é que sente?" (E2)</i></p> <p><i>"Perguntavam o que é que eu tinha." (E3)</i></p> <p><i>"Do que é que eu me queixava." (E3)</i></p> <p><i>"Perguntavam sobre os sintomas". (E4)</i></p> <p><i>["Perguntavam"] "o que é que se passa?" (E4)</i></p> <p><i>"Como é que tiveram as glicemias?"</i></p> <p><i>[Perguntavam sobre] "os sintomas". (E4)</i></p> <p><i>[Perguntavam sobre] "a medicação." (E4)</i></p> <p><i>"Perguntavam-me o que é que se estava a passar". (E5)</i></p> <p><i>["Perguntavam-me o que é que se estava a passar"] "porque é que vim cá". (E5)</i></p>

ESTUDO DO Efeito DO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

	Unidades de registo
	<p>[“ Perguntavam-me o que é que se estava a passar, porque é que vim cá”] “ o que é que sentiu...” (E5)</p> <p>“ É sempre as mesmas perguntas que eles fazem.” (E5)</p> <p>“ As que me fazem sempre.” (E6)</p> <p>“ O que é que eu tinha”. (E6)</p> <p>“ Do que é que eu me queixava. (E6)</p> <p>“ Se tinha febre”. (E7)</p> <p>[“ Se tinha febre”] “ pelo menos é o que costuma acontecer sempre.” (E7)</p> <p>“ O que é que a trás aqui?” (E8)</p> <p>“ Respondia, se tenho tido febre”. (E8)</p> <p>“ Nem espero que me façam outras perguntas.” (E8)</p> <p>“ Porque é que vim à urgência?” (E9)</p> <p>“ Consoante os sintomas que nós damos ... são as perguntas que fazem.” (E10)</p> <p>“ Por acaso não estava à espera da febre.” (E10)</p> <p>[“ Por acaso não estava à espera da febre.”] “ Não sabia que se associavam.” [Queixa do episódio de urgência actual: dor torácica posterior, associada por E10 a “ mau jeito”] (E10)</p>
	<p>[“ Perguntaram-me o que é que tinha acontecido.”] “ Não me fizeram nada mais.” (E1)</p> <p>[E2 refere-se aos profissionais triadores] “ Eles ... fazem uma pequena apreciação.” (E2)</p> <p>“ Se for nos ouvidos, espreitam o que é que tem nos ouvidos”. (E2)</p> <p>“ Medem a febre, às pessoas que acham que têm febre.” (E2)</p>

Unidades de registo

[“ Medem a febre, às pessoas que acham que têm febre.”] “ e depois encaminham” . (E2)

“ Dão a tal pulseirinha.” (E2)

“ Desta vez não me fizeram nada.” (E5)

[Para além de questionarem o motivo da ida do entrevistado ao SU] “ não fizeram mais nada” . (E7)

[“ Não fizeram mais nada”] “ nem mediram tensão” (E7)

[“ Não fizeram mais nada, nem mediram tensão”] “ não viram se eu tinha febre.” (E7)

“ Das outras vezes têm-me medido a tensão” . (E7)

[“ Das outras vezes têm-me medido a tensão”] “ vêm se eu tenho febre.” (E7)

[“ Das outras vezes têm-me medido a tensão, vêm se eu tenho febre.”] “ Hoje não.” (E7)

[Leia-se oximetria de pulso] “ Vêem o nível de oxigénio” . (E9)

“ Deram-me a senha amarela” . (E9)

[“ Da última vez quando vim com o dente, com infecção, perguntaram-me se o ouvido doía”] “ viram o pescoço” . (E10)

“ Não me recordo...” (E10)

[“ Não me recordo...”] “ Aliás eu só me lembro a partir que o médico tinha as análises na mesa.” (E10)

[No momento que o médico tem as análises na mesa] “ Eu acho que é a parte que eu me acalmo realmente.” (E10)

ESTUDO DO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

	<p><i>Unidades de registo</i></p>
	<p><i>" Em geral, quando venho digo, estou a sangrar muito da boca, do nariz, dos ouvidos..." (E1)</i> <i>[Se estivesse a sangrar, E1 considera que os profissionais triadores] " Valorizavam mais." (E1)</i> <i>" Se estivesse a sangrar nem me davam pulseira verde". (E1)</i> <i>[" Se estivesse a sangrar nem me davam pulseira verde"] " mandavam-me logo com encarnada." (E1)</i> <i>" Possíveis hematomas que as pessoas tenham." (E9)</i></p>
<p>foro</p>	<p><i>[" Quando foi do coração, souberam que eu tinha posto o "pacemaker" há pouco tempo e não me sentia bem."] " Mandaram-me a correr para aqui, em maca." (E1)</i> <i>[" Quando foi do coração] " Fui imediatamente atendida". (E1)</i> <i>[" Talvez as pessoas com mais idade",] " com problemas cardíacos" (E7)</i> <i>[" Acho que valorizam mais a tensão",] " a nível do coração." (E9)</i></p>
	<p><i>[" Quando foi do coração ... fui imediatamente atendida, fizeram-me as provas"] " foi quando ... desmaiei." (E1)</i> <i>[E1 associa o "desmaio" a] " Baixou-me a tensão e baixou-me o açúcar." (E1)</i></p>
<p>mas s da ele or,</p>	<p><i>[E4 refere aos profissionais triadores] " Eu acho que eles dão mais importância àquilo que vêm". (E4)</i> <i>[E4 refere que os profissionais valorizam mais o que vêm] " do que aquilo que nós sentimos". (E4)</i> <i>[" Eu acho que eles dão mais importância àquilo que vêm, do que aquilo que nós sentimos".] " Porque uma pessoa pode chegar cá e dizer que lhe dói muito, muito e não lhe dói tanto como diz." (E4)</i> <i>" A dor é mais subjectivo." (E4)</i></p>

ESTUDO DO USO DO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

	Unidades de registo
<p>mas s da ele or,</p>	<p>"A pessoa pode ter mais tolerância ou menos tolerância à dor." (E4) "Eles não podem valorizar o tipo de dor que nós temos." (E4) "O que para mim pode ser uma dor muito forte, para si pode ser uma coisinha que nem sente." (E4) "Se eles vêm que a pessoa está branca ou amarela, já está mesmo muito mal". (E4) ["Se eles vêm que a pessoa está branca ou amarela, já está mesmo muito mal"] "Eu acho que eles ... valorizam o aspecto da pessoa." (E4) ["No meu caso (...) vêem que tenho uma glicemia de 400, 500 e entra uma pessoa com dor de barriga (...) se calhar já não vai ser tão importante"] "porque é uma coisa que se vê." (E4) "No meu caso (...) vêem que tenho uma glicemia de 400, 500". (E4) ["No meu caso (...) vêem que tenho uma glicemia de 400, 500 e entra uma pessoa com dor de barriga"] "se calhar já não vai ser tão importante". (E4)</p>
	<p>[Relativamente à valorização da dor, E5 considera não ser valorizada] "Acho que não". (E5) [Relativamente ao episódio anterior que E6 estava grávida e com dor, e à relevância dada aos sinais e sintomas pelo profissional triador] "Também não achei." (E6) [E6 considera que por estar grávida e com dor não foram motivos valorizados pelo profissional triador e outros profissionais, no entanto refere-se à sala dos gabinetes laranjas] "Entrei para aqui para a sala, depois estive imenso tempo." (E6) "Eu senti que não deram importância à minha dor." (E6) "Eu estava cheia de dores". (E8) "Se eu dissesse que estava cheia de dores, eu tinha que esperar". (E8)</p>

IVO AO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

	<i>Unidades de registo</i>
	<p><i>"As dores que eu sinto". (E9)</i></p> <p><i>"A dor" (E10)</i></p>
	<i>[Relativamente às dores] "Onde as sinto". (E9)</i>
	<p><i>"Eu tinha 40 graus de febre na triagem". (E2)</i></p> <p><i>["Eu tinha 40 graus de febre na triagem"] "e a enfermeira ... viu que eu tinha febre". (E2)</i></p> <p><i>["Eu tinha 40 graus de febre na triagem e a enfermeira ... viu que eu tinha febre"] "não fez nada para me tirar a febre". (E2)</i></p> <p><i>"Se o enfermeiro valorizasse não me dava a senha verde." (E2)</i></p> <p><i>"Acho que a verde foi mal". (E2)</i></p> <p><i>"A febre." (E4)</i></p> <p><i>["A febre."] "Mais uma vez conta aquilo que se vê." (E4)</i></p> <p><i>"Se a pessoa tem febre, toda a gente vê." (E4)</i></p> <p><i>[Relativamente à valorização da febre, E5 considera não ser valorizada] "Acho que não". (E5)</i></p> <p><i>[Relativamente à valorização da febre, E6 considera não ser valorizada] "Acho que não". (E6)</i></p> <p><i>[Valorização da febre pelos profissionais triadores na atribuição de uma prioridade mais elevada] "Não sei até que ponto." (E8)</i></p> <p><i>[Relativamente à valorização da febre pelos profissionais de saúde, aquando a triagem] "A febre acho que não é assim uma coisa muito..." (E9)</i></p>

<i>AVO AO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS</i>	
	<i>Unidades de registo</i>
	<i>[Relativamente à valorização da febre pelos profissionais de saúde] "Acho que sim". (E8) "A febre, ..." (E10)</i>
	<i>"Talvez as pessoas com mais idade". (E7)</i>
<i>de</i>	<i>["Talvez as pessoas com mais idade, com problemas cardíacos",] "acidentes..." (E7)</i>
<i>de</i>	<i>"Quedas". (E9)</i>
<i>a</i>	<i>"Se a pessoa está com falta de ar". (E9) "O nível de oxigénio..." (E9)</i>
	<i>"Acho que valorizam mais a tensão". (E9)</i>
<i>mas ção nto</i>	<i>[E1 considera não valorizarem os sinais e/ ou sintomas evidenciados por,] "Por exemplo, uma pessoa que está constipada". (E1)</i>

IVIVO AO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

	<i>Unidades de registo</i>
le do	<p><i>[Relativamente ao profissional triador] "Pode ter olhado para mim". (E6)</i></p> <p><i>["Pode ter olhado para mim"] "ter visto o olho vermelho". (E6)</i></p> <p><i>["Pode ter olhado para mim, ter visto o olho vermelho"] "e pode ter pensado, "sim, de facto precisa de ir a uma consulta". (E6)</i></p> <p><i>["Pode ter olhado para mim, ter visto o olho vermelho e pode ter pensado, "sim, de facto precisa de ir a uma consulta" "] "Mas não dão assim grande importância". (E6)</i></p>
	<p><i>"Acho que a febre significa que algo se passa, não é?" (E2)</i></p> <p><i>[Relativamente ao episódio de urgência actual] "Não é uma coisa tão desagradável como a febre, por exemplo." (E2)</i></p> <p><i>"Acho que se me dessem verde hoje, que estou a sentir dor nas costelas e na coluna". (E2)</i></p> <p><i>["Estou a sentir dor nas costelas e na coluna"] "mas consigo estar". (E2)</i></p> <p><i>["Estou a sentir dor nas costelas e na coluna, mas consigo estar"] "não tenho febre, nem nenhum mau estar". (E2)</i></p> <p><i>["Estou a sentir dor nas costelas e na coluna, mas consigo estar, não tenho febre, nem nenhum mau estar"] "sem ser a dor que estou a sentir." (E2)</i></p> <p><i>"Acho que hoje aguardava melhor do que no outro dia." (E2)</i></p> <p><i>"Hoje deu-me a senha amarela." (E2)</i></p> <p><i>["Disse que estava assim há não sei quantos dias"] "que tinha febre". (E8)</i></p>
ção	<i>"Acidentes ... espero que sejam atendidos logo." (E2)</i>

ESTUDO DO USO DO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

	<i>Unidades de registo</i>
ado	<p><i>" Quando vêm pelo INEM". (E2)</i></p> <p><i>[" Quando vêm pelo INEM"] " pelas ambulâncias". (E2).</i></p> <p><i>[" Quando vêm pelo INEM, pelas ambulâncias"] " acho que devem ser uma prioridade". (E2)</i></p>
	<p><i>" Dizem que o problema já se vem verificando há vários dias." (E7)</i></p> <p><i>" Disse que estava assim há não sei quantos dias". (E8)</i></p>
e	<i>[" Disse que estava assim há não sei quantos dias, que tinha febre, que me doía a garganta"] " que não como há 1 semana". (E8)</i>
	<p><i>" Eu não sei." (E1)</i></p> <p><i>" Também depende da pessoa que está lá fora na triagem". (E1)</i></p> <p><i>[Num episódio de urgência anterior] " quando vim disse "olhe que é uma coisa importante" ". (E1)</i></p> <p><i>[Num episódio de urgência anterior, " quando vim disse "olhe que é uma coisa importante" "] " Puseram-me uma pulseira amarela." (E1)</i></p> <p><i>[Num episódio de urgência anterior, " quando vim disse "olhe que é uma coisa importante" Puseram-me uma pulseira amarela."] " Demorei um montão de tempo." (E1)</i></p> <p><i>[Num episódio de urgência anterior, " quando vim disse "olhe que é uma coisa importante" Puseram-me</i></p>

Unidades de registo

uma pulseira amarela. Demorei um montão de tempo.”] “Fiquei internada.” (E1)

[Referente ao episódio actual] “Eu estou toda partida”. (E1)

[Referente ao episódio actual, caso que E1 compara com o caso de uma criança, também com problemas nos membros, resultante de uma queda - “Eu estou toda partida”] “e o miudito que está lá fora tem uma pulseira amarela”. (E1)

[Referente ao episódio actual, “Eu estou toda partida e o miudito que está lá fora tem uma pulseira amarela”] “e eu, uma verde.” (E1)

[E1 refere-se à criança que caiu e considera que tem o pé menos inchado que o seu - “Eu estou com o pé, com as cervicais e com as lombares, que não posso, e ele leva uma pulseira amarela”] “e eu uma verde.” (E1)

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] “Foi porque foi ... por uma enfermeiro e outro por outra.” (E1)

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] “Ele é uma criança”. (E1)

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo “Ele é uma criança”] “e eu sou uma adulta.” (E1)

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] “Eu posso aguentar mais”. (E1)

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo “Eu posso aguentar mais”] “e ele menos.” (E1)

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] “Ou sou cliente habitual daqui.” (E1)

Unidades de registo

[Referente ao episódio actual, "Eu estou toda partida e o miudito que está lá fora tem uma pulseira amarela e eu, uma verde."] "Por isso é que eu acho que também depende muito do profissional que tria." (E1)

"Imagine uma dor que eu não me conseguisse aguentar em pé." (E2)

["Imagine uma dor que eu não me conseguisse aguentar em pé."] "se calhar eu merecia a tal senha amarela." (E2)

[E3 refere-se a uma prioridade mais elevada] "Uma pessoa ... com uma perna partida ou com uma fractura exposta, os sinais conferem-lhe uma prioridade..." (E3)

"Penso que sim, senão não havia as pulseiras." (E4)

"Deve haver uns requisitos para determinar qual a pulseira de cada pessoa." (E4)

"Sim, sim, sim." (E5)

"Tem que haver algum." (E5)

"Sim." (E6)

"Eu penso que sim." (E7)

"Não, penso que não." (E8)

"Não é uma pessoa qualquer que está na triagem". (E9)

["Não é uma pessoa qualquer que está na triagem"] "é um enfermeiro." (E9)

[Relativamente aos profissionais triadores] "Portanto são pessoas que têm minimamente a noção do que é grave e do que não é grave." (E9)

"Acho que não tem nada a ver." (E10)

IVO AO MÉTODO DE TRIAGEM IMPLEMENTADO NO SU DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

Unidades de registo

"Aquilo que eu digo que sinto é que vai fazer com que me seja aplicada uma pulseirinha com uma cor." (E10)

"Nem sei quais são os critérios." (E10)

[Relativamente aos critérios de atribuição da prioridade] "Eu aceito-os, porque acredito que do outro lado está um profissional." (E10) "Eu nem sequer penso se eu posso influenciar ou não a cor da pulseirinha." (E10)

"Acho que a pessoa que está ... a perguntar os meus sintomas, tem que ter a sensibilidade, a capacidade para saber o que é mais urgente". (E10)

registro

"tive que dizer nada." (E2)

"tive que dizer nada"] "nunca tive necessidade de mentir". (E2)

"se me voltasse a acontecer o que aconteceu e que ... era um caso verdadeiro, se calhar para a próxima dizia, quer que estou com mais dor para ser atendida mais rapidamente". (E2)

"tamente o que tenho." (E3)

" (E8)

"o."] "E deu resultado. (E8)

[profissionais de saúde] "Se não se chora um bocadinho, a verdade é que eles não se mexem." (E8)

[ao episódio no qual exagerou os sinais e os sintomas] "Em meia hora estava despachada." (E8)

"ava assim há duas semanas". (E8)

"tava assim há duas semanas"] "quando se calhar só estava há uma". (E8)

"o comia há 1 semana". (E8)

"ão comia há 1 semana"] "quando também não era verdade". (E8)

"ha febre". (E8)

"ha febre"] "quando também não tinha". (E8)

[exagerado na informação fornecida] "Para me tentarem despachar o mais rapidamente possível." (E8)

[aguardava ser chamada para a primeira observação médica] "Uma senhora ... estava para ser atendida".

[soas que aguardavam como E1 para a primeira observação médica, dirigiu-se a E1] "A senhora chamou-me e eu-me tudo". (E1)

TENTES PARA MANIPULAREM O STM

registro

se dirigiu a E1 disse] " " Ela está a fingir. " " (E1)

a a fingir..." (E1)

(E1)

muitos." (E1)

i." (E1)

vi, em Inglaterra, em França, estive em Barcelona e as pessoas fingem, fingem, fingem." (E1)

a gente fingir." (E1)

ta gente fingir" dizem] "Vou morrer." (E1)

ta gente fingir" dizem] "Falta-me o ar." (E1)

te que exagera". (E1)

ta gente fingir" dizem] " Deitarem-se para o chão." (E1)

na vi", uma pessoa] " mandou-se para o chão" (E1)

na vi", uma pessoa " mandou-se para o chão"] " e afinal não era nada." (E1)

à possibilidade das pessoas exagerarem os sinais e/ ou sintomas] " Até acho que há pessoas que são capazes (E2)

o capazes de não ter uma dor tão grave" (E2)

o capazes de não ter uma dor tão grave e"] " assim serem atendidas mais rapidamente". (E2)

e haver pessoas que mentem, naturalmente." (E2)

ve haver pessoas que mentem, naturalmente"] " Da dor, da febre." (E2)

registro

à possibilidade das pessoas exagerarem os sinais e/ ou sintomas] "Acho que de todas as maneiras que
(2)

de todas as maneiras que pudessem."] " Desde que não ficassem seis, cinco, oito horas à espera." (E2)

de ao exagero dos sinais e sintomas] " Se calhar não funciona." (E2)

de pessoas que mentem e são atendidas". (E2)

de pessoas que mentem e são atendidas e"] " outras que não estão a mentir e não são atendidas com tanta
(2)

importante que o enfermeiro averigúe ... quais são os sintomas e os sinais ... verdadeiros. (E2)

de à distinção dos sinais e sintomas verdadeiramente experimentados] " Se o doente for um bom actor ou um
poso, é complicado." (E2)

de a possibilidade de ocorrer o exagero de sinais e/ ou sintomas uma] " Fraude..." (E3)

de a possibilidade de ocorrer o exagero de sinais e/ ou sintomas, vai contra os seus costumes] " Não falo."

de o que acontece comigo." (E3)

de coisa." (E3)

de conhecimentos técnicos que o povo tem." (E3)

de es têm noção do que pode conferir uma cor laranja." (E3)

de conhecimentos técnicos inerentes à aplicação do STM] " Eu, pessoalmente, não." (E3)

de à veracidade da informação que fornece aquando a triagem] " O que eu digo está sempre correctíssimo." (E3)

de go está sempre correctíssimo."] " Mas isso é uma maneira de estar na vida." (E3)

de ue dizem que dói muito". (E4)

registro

que dizem que dói muito ... e"] "se calhar não é assim." (E4)

estivessem verdadeiramente doentes, se calhar não estavam ali a discutir por coisas insignificantes." (E4)

ue estão ali a dizer "dói muito, dói muito" ". (E4)

que estão ali a dizer "dói muito, dói muito"] "não dói nada." (E4)

os sinais e sintomas] "Sim, para estarem aqui meia hora em vez de uma hora ou duas." (E4)

a nossa sociedade ... é para os espertos." (E4)

e à identificação dos sinais e sintomas reais] "Mas os profissionais que estão aqui conseguem ver isto". (E4)

há pessoas bem capazes disso". (E5)

e há pessoas bem capazes disso"] "para passarem à frente." (E5)

estivessem verdadeiramente doentes, se calhar não estavam ali a discutir". (E5)

geram um bocado para ver se conseguem". (E5)

geram um bocado para ver se conseguem, mas..."] "Depois acabam por ficar lá." (E5)

há pessoas para tudo." (E6)

se que têm muitas dores?!"] "Há muita gente assim." (E7)

se que têm muitas dores?!"] "Já vi." (E7)

se que têm muitas dores?!"] "Conheço pessoas que fazem isso." (E7)

se que têm muitas dores?! Conheço pessoas que fazem isso."] "Às vezes vejo as pessoas a fazerem isso." (E7)

e ao exagero dos sinais e sintomas experimentados] "Eu acho que se calhar muita gente o faz." (E8)

e ao exagero dos sinais e sintomas experimentados] "Aconselho a toda a gente." (E8)

registro

de ao exagero dos sinais e sintomas experimentados] "Infelizmente resulta." (E8)

de ao exagero dos sinais e sintomas experimentados] "Eu acredito que isso seja possível..." (E9)

de ao exagero dos sinais e sintomas experimentados] "Nunca vi" (E9)

de as pessoas exagerarem os sinais e sintomas] "Uma pessoa vir com uma dor de barriga e dizer que dói forte".

de as pessoas exagerarem os sinais e sintomas, "Uma pessoa vir com uma dor de barriga e dizer que dói forte"] "também me dói no peito". (E9)

de as pessoas exagerarem os sinais e sintomas, "Uma pessoa vir com uma dor de barriga e dizer que dói forte, também me dói no peito"] "ou dizer, quando torceu o pé, dói-me o pé e dói-me a perna." (E9)

de às pessoas que poderão eventualmente exagerar os seus sinais e/ ou sintomas] "Fiteiras?!" (E10)

de à possibilidade de existirem pessoas capazes de exagerarem os sinais e/ ou sintomas experimentados] "sim". (E10)

de sim"] "que haja esse tipo de pessoa." (E10)

de à possibilidade de existirem pessoas capazes de exagerarem os sinais e/ ou sintomas experimentados] "Aqui do." (E10)

de às pessoas poderão exagerar os sinais e/ ou sintomas experimentados] "Acho que a pessoa tem que animo das coisas." (E10)

de pergunta me vão fazer, quando eu vou fazer a triagem." (E10)

de eu posso trazer uma resposta preparada, senão percebo nada." (E10)

de triagem] "Posso trazer uma resposta preparada". (E10)

de triagem "Posso trazer uma resposta preparada"] " (...) fazem-me uma questão diferente e ... fico muito aflita."

TENTES PARA MANIPULAREM O STM

registro

e à possibilidade de existirem pessoas capazes de exagerarem os sinais e/ ou sintomas experimentados] " Pois te não sei." (E10)

e à possibilidade de existirem pessoas capazes de exagerarem os sinais e/ ou sintomas experimentados] " Há vezes de tudo." (E10)

ANEXO VIII. Apresentação detalhada dos dados

Apresentação Detalhada dos Dados

Os cidadãos/ utentes consideram motivos de admissão no SU, a experimentação de:

Dor torácica, com características cardíacas, pleuríticas e as resultantes de queda e “mau jeito”,

◆ Com suspeita de alteração/ patologia cardíaca:

“Dores no peito intensas”. (E4);

“Normalmente quando o meu avô tinha dores no peito intensas, era sempre à adivinhar que era um enfarte...” (E4);

[E4 considera que na suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio] *“é sempre bom vir” [ao SU]. (E4);*

[E4 considera que na suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio é importante recorrer ao SU] *“por uma questão de precaução.” (E4);*

[E4 refere que as queixas do foro cardíaco são motivo de admissão no SU] *“Essas coisas do coração”. (E4);*

[Leia-se Enfarte Agudo do Miocárdio. E5 considera motivo de admissão no SU pessoas com] *“Ataques cardíacos.” (E5);*

[E9 refere-se à dor torácica anterior, que experimentou num episódio de urgência anterior] *“Da primeira vez tive uma dor muito forte aqui no lado esquerdo.” (E9);*

[A dor experimentada por E9 num episódio anterior] *“Começou-me a apanhar o braço e aqui à frente” [hemitórax esquerdo]. (E9);*

[No episódio de urgência anterior] *“Acabei por ficar cá internada por um pneumotórax.” (E9) - dor com características cardíacas, mas que se revelou uma dor pleurítica;*

[E9 considera motivo de admissão no SU pessoas com] *“Ataques cardíacos” [Enfarte Agudo do Miocárdio]. (E9),*

◆ Com características pleuríticas:

[Motivo que levou E9 a recorrer ao SU] *“Contínuo cheia de dores.” (E9);*

[A dor que E9 experimenta localiza-se] *“nas costas, no lado direito.” (E9);*

[E9 refere-se à dor torácica posterior, que experimenta no episódio de urgência actual] *“Há 2 dias atrás senti uma dor do lado direito.” (E9);*

[E9 considera a dor que apresenta actualmente é] *“um bocadinho forte.” (E9);*

[E9 considera a dor] *“Não tão forte como a outra.”* (E9);

[Relativamente à dor torácica posterior, à direita, motivo de uma admissão anterior no SU] *“A médica disse que não era nenhum pneumotórax.”* (E9);

[Num episódio de urgência anterior, no qual a queixa consistiu em dor torácica, posterior, à direita, a médica referiu que] *“Provavelmente seria uma dor muscular.”* (E9);

[A médica deu indicação a E9, relativamente à sua dor torácica, posterior, à direita] *“se eu continuasse com a dor, que voltasse cá”.* (E9),

◆ Traumática, resultante de queda ou “mau jeito”:

[E2 refere-se ao episódio de urgência actual, que justificou a sua ida ao SU] *“Hoje foi uma queda que dei.”* (E2);

[Relativamente ao episódio de urgência actual] *“Acho que fracturei aqui uma costela.”* (E2);

[Motivo de admissão em episódio de urgência actual] *“Hoje vim por causa de uma dor nas costas.”* (E10);

[E10 associa a sua dor] *“Deve ter sido um mau jeito, que devo ter dado.”* (E10);

[E10 considera ser motivo de admissão no SU, pessoas] *“No meu caso”.* (E10),

Dor abdominal, intensa, associada a uma possível gravidez, suspeita de “Apendicite”, associada a problemas ginecológicos e outros,

◆ Intensa, associada a uma possível gravidez:

[Leia-se dor abdominal e dor lombar, respectivamente. Motivo de admissão de E4 no SU] *“Tenho dores nos ovários e rins, muito fortes.”* (E4);

[Coadjuvando-se à dor abdominal e dor lombar, E4 refere] *“Tenho a menstruação atrasada.”* (E4);

[Coadjuvando-se à dor abdominal, à dor lombar e ao atraso da menstruação] *“Eu estou a tentar engravidar.”* (E4),

◆ Intensa, no contexto de gravidez, com suspeita de apendicite:

[Na tentativa de enumerar exemplos de situações experimentadas por pessoas a recorrerem ao SU] *“Por exemplo, falo do meu caso.”* (E6);

[Exemplo utilizado por E6, a ser admitido no SU] *“Quando vêm com problemas de apendicite”.* (E6);

[E6 refere-se a episódios de urgência anteriores] *“Da última vez, estive cá três vezes”.* (E6);

[*“Da última vez, estive cá três vezes”*] **“pelo mesmo motivo”**. (E6);

[Nos episódios anteriores] *“Estava grávida.”* (E6);

[Nos episódios anteriores] *“Tudo o que comia e bebia, vomitava”*. (E6);

[Nos episódios anteriores] *“Sentia imensas dores de barriga”*. (E6),

◆ **Associada a problemas ginecológicos e outros:**

[Os motivos que levaram E7 ao SU] *“Foram dores de estômago, um problema no ovário”*. (E7),

Dor de garganta, que não responde à terapêutica e outras,

◆ **Que não responde à terapêutica:**

[*“A última vez foi uma angina”*] *“não passava”*. (E2),

◆ **Outras:**

“De uma outra vez também foi por causa de uma amigdalite.” (E2);

[*“Tenho uma inflamação”*] *“que provavelmente deve ser um abscesso na garganta.”* (E8),

Diabetes, descompensada (hiperglicémia ou hipoglicémia) e cidadãos/ utentes diabéticos com qualquer outro tipo de patologia,

◆ **Hiperglicémia, no contexto de infecção das vias urinárias:**

[E4 considera o seu caso uma situação de urgência] *“Quando os meus diabetes estão a subir.”* (E4);

[*“Quando os meus diabetes estão a subir.”*] **“e eu não consigo controlar”**. (E4);

[Leia-se valores de glicemia. Em episódios anteriores] *“Tinha sempre os níveis da diabetes muito elevados”*] *“e comecei a criar algumas infecções ao nível dos órgãos.”* (E4);

[As infecções que E4 se refere são] *“Das vias urinárias.”* (E4),

◆ **Hipoglicémia:**

“Eu desta vez vim mais uma vez com uma crise de hipoglicemia.” (E5);

[Outra causa de admissões anteriores no SU] **“Por causa das crises de hipoglicemia.”** (E5);

[Nas crises de hipoglicémia ocorriam] **“os desmaios.”** (E5),

◆ **Cidadãos/ utentes diabéticos com qualquer outro tipo de patologia:**

[E1 considera que deverão recorrer ao SU cidadãos/ utentes] *“diabéticos”*. (E1),

Dispneia (sensação de falta de ar):

"faltas de ar..." (E4);

[*"Essas coisas do coração e faltas de ar..."*] *"Acho que essas situações devem vir ao hospital."* (E4);

[E9 considera motivo de admissão no SU] *"Uma pessoa sentir falta de ar"*. (E9),

Problemas nos membros, traumáticos, resultado de queda:

"O pé está inchado." (E1);

[*"O pé está inchado"*] *"por ... ter caído."*;

[*"Eu tenho problemas de coração e"*] *"de vez em quando dam-me síncope."* (E1);

[*"Eu tenho problemas de coração e ... de vez em quando dam-me síncope"*] *"Claro que eu cai."* (E1),

Indisposição no adulto por agudização de doença crónica (Arritmias), Acidente Vascular Cerebral, Síndrome Gripal com ou sem "muita febre", Constipações em cidadãos/ utentes com doença crónica e/ ou com terapêutica específica (v.g. Varfarina), desmaio e dor:

◆ Por existência e agudização de doença crónica:

"Em geral, venho por causa do coração." (E1);

"Eu tenho arritmias." (E1);

"A sensação é do coração bater três vezes e pára, bate três vezes e para outra vez." (E1);

"a taquicardia". (E1);

[E1 considera que deverão recorrer ao SU pessoas] *"que sofram do coração"*. (E1),

◆ Acidente Vascular Cerebral:

[E9 considera motivo de admissão no SU] *"ataques vasculares cerebrais"* (E9),

◆ Síndrome Gripal com ou sem "muita febre":

[Os SU *"Para uma simples gripe não"*] *"mas uma gripe com muita febre"*. (E1);

"Normalmente é ... as gripes ou muita tosse." (E10),

◆ Constipações em cidadãos/ utentes com doença crónica ou que tomem terapêutica específica:

[*"Uma pessoa que está constipada"*] *"como eu."* (E1);

"Eu acho que os SU servem para pessoas como eu." (E1);

"Pessoas ... que tomam o "varfine". (E1),

◆ **Desmaio/ Lipotimia:**

[E2 considera uma *"coisa grave"*] *"um desmaio"* (E2);

"Com os desmaios ... não vou estar à espera do médico de família." (E5);

[*"Com os desmaios ... não vou estar à espera do médico de família."*] *"Vou ter que ir ao SU"*. (E5),

◆ **Dores:**

"Normalmente é a dor." (E3);

"Quando estou com dores muito fortes". (E4);

[E7 considera *"algo fora do normal"*] *"Uma dor que uma pessoa não venha a sentir há muito tempo."* (E7);

"A dor é o primeiro motivo que me leva ao SU." (E10),

Erupções cutâneas:

"Hoje acordei com manchas no corpo". (E7),

Problemas oftalmológicos:

"Às vezes por causa da vista." (E1);

"Eu tenho sentido nesta vista esquerda uma bolinha castanha". (E6);

"Agora sinto ramos com folhas castanhas";

"A vista a ficar-me vermelha de dia para dia.";

[E6 refere-se ao canto do olho esquerdo] *"Estou a começar a sentir aqui no cantinho a doer"*. (E6);

[E6 refere ver] *"tudo embaciado"*. (E6);

"Eu tapo a minha vista direita ... e não vejo quase nada." (E6),

Dor lombar, sem melhoria, com afecção das actividades de vida diária, coadjuvada de outros sinais e sintomas:

[Motivo que levou E5 a recorrer ao SU. Leia-se dor lombar] *"Não aguento as dores nos rins."* (E5);

[Na 5 feira, quando E5 recorreu ao SU] *"foi-me detectada uma infecção nos rins."* (E5);

"Desde 5 feira ... não aguento as dores e não me sinto bem." (E5);

"Já estou a ter outras dificuldades, a andar, a ir à casa de banho". (E5);

"Sinto-me inchada." (E5);

[Coadjuvando-se à dor lombar e sensação de inchaço, E5 refere] *"Dores de cabeça muito fortes."* (E5),

Problemas urinários, por retenção urinária:

"Tive retenção urinária total." (E3),

Grande traumatismo, resultante de acidente de viação e atropelamento:

◆ Acidente de viação:

[*"Se os CS fossem uma ajuda no momento"* E2 considera que se dirigiam ao SU]

"Só coisas extremamente urgentes, como um acidente de automóvel". (E2);

[E6 considera indispensável a admissão no SU de vítimas de] *"Acidentes"* (E6);

[E7 refere-se a episódio de urgência anterior] *"o acidente de viação."* (E7);

[E8 considera motivo de admissão no SU, vítimas de] *"acidentes"*. (E8),

◆ Atropelamento:

[E9 considera um *"caso mesmo grave"* o] *"de uma pessoa ... atropelada."* (E9),

Agressão:

[E2 considera que *"se os CS fossem uma ajuda no momento"*, recorreriam ao SU situações extremamente urgentes resultantes de] *"alguém que esfaqueou alguém"*. (E2),

Quedas:

"Por exemplo, no meu caso, que me farto de cair." (E1);

"Quedas" (E4);

"Quedas". (E9);

[*"Coisas inesperadas"*] *"uma queda..."* (E10),

TCE:

"Quando a pessoa bate com a cabeça". (E4),

Problemas estomatológicos:

[E10 refere-se a um episódio de urgência anterior] *“Uma foi por causa dos dentes.”* (E10);

“Tinha uma infecção que não era visível (...)”. (E10),

Doença hematológica, nomeadamente alterações da coagulação:

“Em geral, é por causa do INR.” (E1),

Infecções locais e abscessos, para obter informação sobre a continuidade da antibioterapia, anteriormente prescrita, para um quisto que apresentava:

[*“Hoje vim cá porque acabou-se-me a medicação do quisto infectado.”*] *“Quería saber se continuava o antibiótico ou não.”* (E3);

[Referente à consulta de Cirurgia Geral, na qual iria obter a informação que pretendia, continuar ou não a tomar o antibiótico] *“só tenho consulta no dia 21 e teria que ir a uma das urgências ou lá ou cá.”* (E3),

Outros:

◆ Idosos, que consideram estar em risco de vida:

[E2 considera que *“se os CS fossem uma ajuda no momento”*, recorreriam ao SU *“Pessoas com uma certa idade”*] *“que acham que correm risco de vida.”* (E2),

◆ Infecções graves:

“Coisas graves, tipo infecções graves”. (E8),

◆ Doenças infecto-contagiosas:

“As doenças infecto-contagiosas.” (E8),

◆ Situações em que as pessoas tenham recorrido ao CS e não tenham obtido consulta com o médico de família:

[E5 considera possível a admissão de uma pessoa no SU] *“Na ausência de uma possível consulta no médico”* [ao nível do CS]. (E5),

◆ Situações em que as pessoas tenham recorrido ao CS e foram encaminhadas para o SU, por incapacidade de resposta do CS à situação de urgência, quer por falta de MCDT, quer por falta de especialidades médico-cirúrgicas:

[E2 considera um episódio de *“urgência menos grave”*, aquele que a pessoa recorre ao SU por] *“não ter acesso ... a certo tipo de equipamento”* [no CS]. (E2);

“Quando estamos numa situação em que já fomos ao médico de família.” [e o mesmo não conseguiu resolver o problema] (E2);

[E9 considera possível a utilização dos SU por pessoas que já tenham recorrido ao CS] “e tenham sido encaminhadas para aqui” [SU]. (E9).

No âmbito das vantagens/ desvantagens do SU, os cidadãos/ utentes consideram, de uma forma geral, o tempo de espera para a triagem razoável:

“O tempo de espera não é muito grande.” (E8);

“É um tempo de espera ... razoável.” (E8),

Este aspecto não é considerado uma desvantagem do STM:

“Da parte da triagem, acho que está muito bem.” (E8).

Há quem considere o momento da triagem rápido:

[Habitualmente] “A triagem é muito rápida”. (E3),

e quem o considere mais demorado:

[No episódio de urgência actual] “Esperei um bocado para a triagem”. (E2);

“Demorou foi uma hora e dez na triagem.” (E3).

Contrariamente ao tempo de espera para a triagem, os cidadãos/ utentes consideram o tempo de espera para a primeira consulta médica muito demorado:

“Estou desde as dez da manhã até às quatro da tarde.” (E5);

[“Estamos nós, doentes, muitas horas à espera para sermos atendidos”] “mesmo que uma pessoa tenha a senha amarela.” (E7);

[“Eu tenho uma senha amarela que é das mais urgentes”] “e estou aqui há muito tempo.” (E9);

[Relativamente ao tempo de espera] “Muito grande, para quem está em desespero.” (E10),

revelando-se o aspecto mais negativo do SU, associado ao STM:

“O negativo é o tempo de espera”. (E9);

“O mais negativo ... é a espera.” (E10).

Contudo alguns cidadãos/ utentes revelam a existência de dias em que tal demora não se verificou e recorde-se que todos os cidadãos/ utentes, sujeitos da investigação, apresentam categorias de urgência “Urgente”, “Pouco Urgente” e “Não Urgente”:

[*“Hoje isto está bastante bem”*] *“Porque levo aqui uma hora.”* (E1);

“Fui logo atendida”. (E2);

“Foi a primeira vez que foi tão rápido.” (E3).

O método de triagem adoptado é posto em causa por alguns cidadãos/ utentes que o consideram factor do elevado tempo de espera para o primeiro atendimento médico, referindo:

[Na tentativa de resolver o elevado tempo de espera] *“se calhar mudando o método da triagem, ... os médicos conseguiam trabalhar de maneira diferente”.* (E2);

E2 considera que *“a triagem não é feita como deveria ser.”* (E2);

[*“Acho que generalizam um bocado”*] *“não tem que ser assim”.* (E2).

A “generalização” no método de triagem, como refere E2, passa pela atribuição da mesma categoria de urgência a inúmeras situações diferentes. As quais (situações “Urgentes”, “Pouco Urgentes” ou “Não Urgentes”), E2 entende serem analisadas, após o atendimento de todos os cidadãos/ utentes prioritários, relativamente a determinada categoria de urgência. Neste contexto, E2 refere:

[*“Acho que as pessoas que estão com as situações mais urgentes devem ... passar à frente”*] *“Mas também não se devem esquecer das outras pessoas que não são tão urgentes”.* (E2);

[E2 considera se os médicos apenas se ocupam de cidadãos/ utentes classificados com cor vermelha, *“Quem tem a senha verde pode ficar ali, duas horas, três, quatro horas”*] *“como eu estive.”* (E2).

Ainda relativamente ao método de triagem, E6 refere existirem dois momentos triagem, na triagem propriamente dita e na primeira consulta médica:

“Acho mal irmos duas vezes à triagem”. (E6);

[E6 refere-se à triagem propriamente dita] *“Vamos à triagem aqui.”* (E6);

[E6 refere-se ao primeiro atendimento médico, que considera consistir num segundo momento de triagem] *“Depois vamos lá dentro outra vez.”* (E6).

E6 considera um dos momentos de triagem inútil.

O encaminhamento realizado na triagem foi considerado inadequado por um dos sujeitos de investigação:

[Num episódio anterior] “Faltava-me muito o ar”. (E1);

[Na triagem] “em vez de me mandarem para Medicina, enviaram-me para Pneumologia.” (E1) [Entenda-se Sala de Aerossóis].

A falta de informação referente aos tempos de espera para o primeiro atendimento médico, para cada categoria de urgência, foi uma desvantagem referida na aplicação do STM no SU de um hospital português:

“Falta de informação.” (E3);

[Falta de informação tipo] *“Quantas pessoas estão à minha frente.”* (E3);

[Com as prioridades] *“Não sabemos a nossa vez”*. (E3);

[Refere-se ao estrangeiro, *“Lá fora também há as prioridades”* e] *“Estamos sempre actualizados”*. (E3);

[Havendo informação] *“se eu quero sair da sala ... posso sair.”* (E3);

“Sei ocupar o meu tempo.” (E3).

A existência de categorias de urgência e a falta de informação relativa aos tempos de espera para cada categoria de urgência é entendida por E3 como uma desvantagem na utilização daquele SU, não podendo realizar outras actividades.

Os cidadãos/ utentes do SU consideram vantagem/ desvantagem do SU, o atendimento pelos profissionais de saúde, nomeadamente a existência de bons profissionais de saúde (quanto às competências):

“Acho que tem bons médicos.” (E2);

“Boas enfermeiras.” (E2);

“Quando somos atendidos, somos bem atendidos.” (E2);

[*“Tenho sempre as enfermeiras à minha volta”, “a ver se já tenho os diabetes mais compensados”*] *“se tenho fome.”* (E4);

“Tenho sempre apanhado doutoras impecáveis.” (E5);

"As auxiliares e as enfermeiras..., os médicos ... não tive razão de queixa." (E9);

"Sempre fui bem tratada." (E10).

Alguns sujeitos de investigação referem uma melhoria no atendimento no SU pelos profissionais de saúde:

"Está mais simpático do que há 30 anos atrás." (E3);

"O serviço tem vindo a melhorar em termos de atendimento." (E7);

"Os médicos quando nos atendem ... dam-nos mais atenção." (E7);

"De há uns anos para cá tem melhorado muito." (E10).

No entanto, alguns cidadãos/ utentes referem ter sido mal atendidos pelos profissionais de saúde do SU, os quais não foram capazes de estabelecer uma relação empática:

"Só fui duas vezes mal atendida". (E1);

"por uma enfermeira ... e ... por um médico." (E1);

[E1 refere-se ao médico] *"O senhor meteu na cabeça ... que eu ... tinha que ser vista por um Psiquiatra".* (E1);

"Eu disse-lhe que tinha o meu." (E1);

[Rejeição da sugestão médica: observação pelo médico Psiquiatra] *"Eu assinei a alta".* (E1);

"Eu ... deixei nota que ele não se importou bem comigo". (E1);

[E1 refere-se a um outro episódio, no qual considera ter sido mal atendida] *"Uma vez entrei para ali para aquele corredor".* (E1);

[O corredor] *"onde se põe portanto estes papeis ... onde se colocavam".* (E1);

[Relativamente ao local onde se colocam os papeis, *"Eu fiquei a olhar para aquilo e a enfermeira toda furiosa"*] *"porque eu não tinha que estar ali."* (E1);

[E1 refere-se às fichas de inscrição dos cidadãos/ utentes] *"Ela disse-me que eu não podia ler aquilo."* (E1);

[E8 considera que alguns médicos chegam] *"Ao ponto de serem mal criados."* (E8).

Os cidadãos/ utentes consideraram também terem sido mal atendidos sob o ponto de vista técnico (competências):

"a médica mandou-me fazer um INR e estava a 7,...". (E1);

"Ela em vez de me dar a vitamina K ... disse-me para voltar cá amanhã". (E1);

"No dia a seguir vim, com a carta da médica e tinha prioridade". (E1);

[*"Tive aqui, acho que desde as dez da manhã, até às seis ou sete da tarde"*] *"e fui internada."* (E1);

[E1 refere-se ao valor de INR] *"Quando fui internada estava a 12 ou a 14."* (E1);

[Relativamente ao atendimento por médicos diferentes, resultante do grande tempo de permanência no SU, *"Uma pessoa começa a ficar um bocado indecisa"*] *"porque nem sempre os médicos têm a mesma opinião."* (E6).

Ainda relativamente ao atendimento pelos profissionais de saúde do SU, uma cidadão/utente considera que no SU

[*"As pessoas ... acabam sempre por serem atendidas"*] *"mesmo que demore"* (E2),

e que

[*"Aqui chegamos ao médico e fica tudo resolvido."*] *"As coisas resolvem-se."* (E2).

A grande demora no episódio de urgência é considerada pelos cidadãos/ utentes um aspecto negativo, uma desvantagem na utilização do SU, que resulta da soma do tempo de espera para a triagem, o tempo de espera para o primeiro atendimento médico, do tempo de espera para a realização dos MCDT, do tempo de espera para a recepção dos MCDT, do tempo de espera para o segundo atendimento, o qual pode integrar um tempo de espera para resolução de um conflito de papeis, entre especialidades, podendo coadjuvar-se a possibilidade do cidadão/ utente ser observado por um novo médico:

[E1 refere-se a um episódio anterior] *"Tive aqui, acho que desde as dez da manhã, até às seis ou sete da tarde"*. (E1);

[Após a resolução da retenção urinária, motivo que o levou ao SU e que considera ter sido rápido] *"passei cá oito horas."* (E3);

[Após a resolução da retenção urinária] *"Fui atendido pelo médico generalista"*. (E3);

[Após a resolução da retenção urinária, *"Fiz análises"*] *"demorou quarenta e cinco minutos, uma hora"* (E3);

[*"Fiz análises"* *"demorou quarenta e cinco minutos, uma hora"*] *"tudo bem"*. (E3);

[Após a chegada do resultado das análises] *"esperei para ir outra vez à mesma generalista"*. (E3);

[Para ir à "médica generalista"] *"esperei mais uma hora."* (E3);

"Estou sempre a entrar em filas sobre filas." (E3);

"Fui a segunda vez ao generalista". (E3);

[Relativamente à "médica generalista"] *"ela achou que eu devia fazer uma ecografia"*. (E3);

[De opinião contrária à "médica generalista"] *"O urologista não queria fazer a ecografia."* (E3);

[O urologista] *"Achava que a ecografia não era um motivo de urgência."* (E3);

[Para fazer a ecografia] *"fiquei a esperar quatro horas"*. (E3);

[Relativamente ao tempo, E3 considera] *"4 horas a cinco foram inúteis."* (E3);

[E3 refere-se às horas de espera] *"As primeiras três estão justificadas"*. (E3);

[E3 justifica as três horas devido à existência de] *"muitas pessoas"*. (E3);

[E3 também justifica as três horas pelo tempo envolvido e necessário para a obtenção dos] *"resultados das análises..."* (E3);

"As análises demoram muito tempo." (E5);

"A gente perde imenso tempo." (E6);

[Relativamente ao serviço prestado no SU] *"Acho bastante lento"*. (E6);

[Após a realização de exames, relativamente ao atendimento médico] *"já não é o mesmo médico."* (E6);

[Por já não ser o mesmo médico a atender] *"Temos que falar tudo outra vez."* (E6).

Os cidadãos/ utentes do SU consideram a existência de MCDT no SU, uma vantagem na utilização daquele serviço. Este aspecto consiste num motivo secundário de admissão no SU:

[Ir ao CS] *"Para depois eu vir para aqui"*. (E1);

[*"Para depois eu vir para aqui"*] *"para me darem a vitamina K?"* (E1);

[*"Para depois eu vir para aqui, para me darem a vitamina K?"*] *"Não"*. (E1);

[“ Não”,] “ venho directamente ao hospital.” (E1);

“ A questão é saber no imediato o que provoca a dor.” (E10);

“ Fazer logo a análise”. (E10);

“ Medicação urgentemente”. (E10);

[Relativamente aos MCDT] “ Faz-se tudo no mesmo sítio”. (E10);

[Fica-se] “ minimamente medicado”. (E10).

E10 considera que a existência de MCDT no SU encurta o tempo envolvido no diagnóstico e tratamento da situação de doença e/ ou lesão, comparativamente ao mesmo processo ao nível dos CS (como a montante se pode indagar).

Um dos cidadãos/ utentes, sujeito da investigação, considerou ser vantajoso utilizar um SU, em termos do custo no episódio de urgência total:

[“ Faz-se tudo no mesmo sítio”] “ os preços são mais em conta”. (E10);

[Relativamente aos MCDT] “ Os preços são muito mais em conta”] “ e fica-se logo com tudo”. (E10);

[“ Compensa.”] “ Acredite que sim.” (E10).

A gestão operacional das equipas médicas foi um aspecto focado por um cidadão/ utente, sujeito da investigação, como factor determinante na redução dos tempos de espera, tornando o SU mais ou menos vantajoso, consoante exista uma boa ou má gestão operacional, respectivamente:

[Relativamente ao elevado tempo de espera] “ Se calhar tem a ver um bocado com a organização dos médicos na altura.” (E2);

[Relativamente a um episódio de urgência anterior] “ Se eu não tivesse chamado o médico que estava a organizar os outros médicos do serviço, eu não tinha sido atendida.” (E2).

A presença de estagiários no SU das diferentes classes de profissionais de saúde é considerada uma desvantagem neste serviço:

[Num episódio de urgência anterior] “ Fiquei com o braço negro, de tirar sangue.” (E5);

[Relativamente à pessoa que colheu o sangue para análise] “A rapariga era estagiária”. (E5);

[Relativamente à colocação de um estagiário no SU] “nós não compreendemos tão bem.” (E5).

Os cidadãos/ utentes consideram os CS incapazes de dar resposta a situações de urgência. Constante sempre presente no discurso dos cidadãos/ utentes, sujeitos da investigação. Esta incapacidade deve-se a variadíssimos motivos, pelos cidadãos/ utentes referidos:

- ◆ A existência de infra-estruturas inadequadas para o número de cidadãos/ utentes que ao CS recorrem:

[E10 considera os CS] “Sítios muito pequeninos (...)” (E10);

[E10 considera os CS sítios] “(...) muito fechados (...)” (E10);

[E10 considera os CS sítios] “(...) onde há muita gente (...)” (E10);

[E10 considera que nos CS] “(...) acaba por ser o dobro do desespero.” (E10);

[O CS] “É muito confuso para mim.” (E10);

“A SAP está completamente fora de questão.” (E10),

- ◆ A inexistência de especialidades médico-cirúrgicas:

[“Uma pessoa que está constipada, como eu (...)”, que] “(...) toma o varfine e outras coisas (...)” (E1);

[“Eu não posso ir à minha médica de família (...)”] “(...) porque ela não dá absolutamente nada (...)” (E1);

[A médica de família] “(...) manda-me para o hospital.” (E1);

“A minha médica diz-me logo, isso tem que ser o hematologista.” (E1);

“O meu CS não tem estomatologia.” (E3),

- ◆ A inexistência de MCDT:

- Inexistência de MCD e respectivos equipamentos:

[“Se o CS tivesse uma máquina de fazer ecografias (...)”] “(...) não tinha que vir ao hospital (...)”. (E2);

[No CS, “(...) se me fizessem um RX (...)”] “(...) eu não estava aqui.” (E1);

[E9 considera que se recorresse ao CS não via o seu problema resolvido] “(...) porque não têm lá RX”. (E9),

- Inexistência de Terapêutica:

[No CS] “Deviam ... ter vitamina K.” (E1);

[E1 considera que se no CS de Sete Rios tivessem vitamina K] “ (...) eu já não tinha que vir para aqui.” (E1).

Nestas circunstâncias, os cidadãos/ utentes consideram ser um desperdício de tempo recorrer ao CS:

“Acaba-se por ir ao CS perder tempo”. (E2);

[“A última vez que estive na médica de família, vi ela a mandar para o hospital ... para a urgência.”] “Lá teve que esperar a sua vez e depois aqui (...)”. (E3),

◆ *A inexistência ou ausência temporária do médico de família:*

[E3 recorre ao SU porque] “ (...) não tinha médico (...)” (E3);

[“Eu já tinha ido ao CATUS, só que mandaram-me para o médico de família (...)”] “ (...) o médico de família está de férias.” (E4);

[“Para além de ter a minha médica há muito tempo de atestado (...)”] “ (...) normalmente também nunca ajuda muito (...)”. (E10),

◆ *A inexistência de vagas para consulta médica no próprio dia:*

[Relativamente à aquisição de consulta no CS, com o médico de família, em situação de doença ou lesão súbita] “O que muitas vezes acontece é que uma pessoa ... não tem vagas (...)”. (E2).

A este facto associa-se um elevado tempo de espera para a realização de consulta médica ao nível do CS:

[E2 considera que se fosse ao CS] “No máximo tinha consulta para daqui a quinze dias.” (E2).

Neste contexto, os cidadãos/ utentes consideram que os CS não são uma ajuda assegurada, caso necessitem dos seus serviços, ao contrário dos hospitais com urgências externas. Estes últimos asseguram aos cidadãos/ utentes um atendimento, quando os mesmos (cidadãos/ utentes) consideram necessário. Por este motivo, E2 considera que [“Se os CS fossem uma ajuda no momento (...)”] “As pessoas não recorriam tão frequentemente às urgências dos hospitais.” (E2).

E10 corrobora referindo que o SU é útil, “ (...) quando já não se aguenta mesmo (...)” e “ (...) o médico de família não pode no imediato.” (E10),

◆ *O horário de funcionamento do CS limitado para consultas não programadas:* praticamente inexistentes durante o horário de funcionamento normal do CS, consistindo num número reduzido de vagas para consulta com o médico de família

e que se esgotam rapidamente, e em horários específicos, também eles limitados, habitualmente, até às 24h:

[Abertura do SAP] *“ Só a partir das seis da tarde.”* (E1);

[*“ Não fui ao CS porquê?”*] *“ Porque se eu fosse ao CS era só à noite a urgência do CS.”* (E2);

“ No meu CS (...) as urgências (...) são até às oito da noite (...).” (E2).

Sendo que nem sempre os cidadãos/ utentes consideram encontrar-se em condições para esperar pelos horários de consultas não programadas:

“ Acho que não estou em condições para esperar até à noite (...).” (E2).

Os cidadãos/ utentes consideram que não existindo outra opção de escolha no que respeita ao atendimento médico em situação dita não programada, os mesmos, recorrem ao hospital:

“ Quando não tenho mais por onde me virar, venho ao hospital.” (E4);

“ Nós quando não temos um CS que nos possa atender, temos que nos deslocar para algum lado.” (E7),

- ◆ *A demora no diagnóstico e tratamento da patologia nos CS foi um aspecto referido pelos cidadãos/ utentes como sendo uma desvantagem na utilização dos mesmos (CS), relativamente aos SU.*

Os cidadãos/ utentes consideram que na consulta não programada no CS procedesse, habitualmente, à prescrição de fármacos:

(...) “ a medicação é sempre a primeira opção” (...) (E10),

e ao encaminhamento do cidadão/ utente para o médico de família (se a consulta não foi com o médico de família). Nessa altura proceder-se-á, se necessário, à requisição de MCD

“(...) depois as análises, ... o RX (...).” (E10),

a marcar a sua realização em local próprio,

“(...) é tudo feito fora”. (E10),

a realização efectiva dos mesmos (MCD), espera pelos resultados dos mesmos, nova marcação de consulta médica e espera para essa consulta. Findas as diferentes actividades descritas, o médico terá os instrumentos necessários para confirmar diagnóstico inicial do cidadão/ utente. Perante este cenário, os cidadãos/ utentes optam por recorrer ao SU, que se revela para eles mais vantajoso:

" (...) para quem tem tão pouco tempo ... prefiro mil vezes a urgência.. " (E10).

Os cidadãos/ utentes conhecem pouco o STM:

- ◆ Significado da cor/ categoria de urgência atribuída. A cor da pulseira ou categoria de urgência traduz, para os cidadãos/ utentes, um *tempo de espera* para o primeiro atendimento médico

" Esta verde (...) significa que serei das pessoas que serão mais tarde atendidas (...)" (E1),

a *prioridade* com que determinado cidadão/ utente vai ser atendido:

" A prioridade." (E3);

" Tenho à minha frente outros doentes... prioritários." (E7),

a *ordem* pela qual os cidadãos/ utentes irão ser atendidos, dentro da mesma categoria de urgência:

" Esta pulseira é a ordem (...)" (E4),

a *gravidade da situação* experimentada pelo cidadão/ utente:

" Esta pulseira (...) é a gravidade da situação da pessoa." (E4),

e/ ou *grau de urgência*:

" Temos a ideia que é o grau de urgência." (E6).

Os cidadãos/ utentes, de uma forma geral, não conhecem todas as cores:

[A pulseira] *" Amarela deve ser não muito grave (...)" (E2);*

" Acho que ainda há a verde (...)" (E2);

" Umhas verdes, umhas vermelhas, ... amarelo e ... laranja." (E10),

e o significado das mesmas,

" Possivelmente esta cor deve significar (...) uma coisa mais grave, menos grave, mais ou menos (...)" (E8);

" A amarela e a laranja seriam aquelas que seriam as mais graves (...)" (E9) (o que não é verdade);

" O sinal amarelo não sei muito bem o que quer dizer (...)" (E10);

[*" O sinal amarelo não sei muito bem o que quer dizer (...)"*] *" (... se é pouco urgente?!" (E10).*

A cor vermelha ou emergente e branca são omissas para muitos cidadãos/ utentes. Apenas um cidadão/ utente referiu, implicitamente, a existência das cores branca e vermelha:

"Vai desde o branco ao vermelho." (E3).

Os cidadãos/ utentes tentam atribuir um significado às diferentes cores: consoante a gravidade da situação experimentada pelo cidadão/ utente e/ ou grau de urgência:

"As pessoas que têm vermelho estão mesmo mal (...)" (E4);

"O laranja, é ... aqueles casos mais graves, mas que não são tão graves." (E4);

"Os amarelos são os intermédios." (E4);

[*"Os verdes são os que estão mais ou menos (...)"*] [*"(...) podiam ter ido a outro sítio"*]. (E4);

"E depois há os azuis, que são aqueles que não valia a pena terem cá vindo." (E4);

"Tem a verde, a amarela, a laranja... a vermelha é a de urgência." (E6).

Na atribuição do significado da cor da pulseira, um cidadão/ utente tentou justificar o motivo da cor atribuída:

[E9 refere-se à intensidade da dor. *"Tem a ver com a dor ser um pouco tolerável (...)"*] [*"(...) mas é uma dor um bocadinho mais."* (E9).

- ◆ Conceito de triagem. Embora os cidadãos/ utentes não fossem questionados relativamente ao conceito de triagem, alguns dos cidadãos/ utentes referiram-se a alguns aspectos importantes do conceito de triagem, que vale a pena revelar. Assim os cidadãos/ utentes definiram triagem como um processo utilizado para determinar as prioridades dos cidadãos/ utentes, de modo a que os cidadãos/ utentes identificados como prioritários sejam atendidos mais rapidamente:

[*"A triagem é precisamente para isso (...)"*] [*"(...) estabelecer as prioridades."* (E3);

"As pessoas que estão mais gravemente doentes devem ser atendidas mais rapidamente." (E3).

Os cidadãos/ utentes acrescentam também que a triagem realiza-se de acordo com os sintomas;

"Nós quando vamos à triagem, somos avaliados por aquilo que sentimos." (E9) (o que não é inteiramente verdade).

◆ **Questões realizadas aquando a triagem.** Questões do tipo:

"(...) o que é que se queixa?" (E2);

"(...) o que é que estou a sentir? (...)" (E5);

"(...) porque é que eu me tinha dirigido às urgências (...)" (E6);

"(...) o que é que eu tinha?" (E7),

são as questões que os cidadãos/ utentes referem terem sido efectuadas, aquando a triagem. Alguns cidadãos/ utentes perceberam que

"Dependendo daquilo que (...) disser, fazem sempre outras perguntas (...)" (E4),

de modo aos profissionais triadores perceberem se existiram outros sintomas,

"(...) para ver se eu tive outros sintomas ou não (...)" (E4), pois

"Há sempre qualquer coisa que escapa." (E4);

"A enfermeira perguntou-me se eu tinha tido enjoos, tonturas..." (E4);

[Relativamente às perguntas] *"Foi coisas que eu não me lembrei de dizer que tinha, mas que tinha tido." (E4).*

Os cidadãos/ utentes recordam também a colocação de questões relativas à existência de dor:

"Só me perguntaram se eu tinha dores." (E7);

"Que dores é que eu sentia". (E9);

"Da última vez quando vim com o dente, com infecção, perguntaram-me se o ouvido doía" (E10);

febre,

[“Perguntam-me (...)”] “(...) se tive febre (...)”. (E8);

" Perguntam sempre se teve febre." (E10),

alergias,

[“Perguntam-me (...)”] “(...) se sou alérgica a alguma coisa (...)”. (E8),

à realização de medicação específica (v.g. insulina ou antidiabéticos orais);

[“Perguntam-me (...)”] “(...) que medicamentos estou a fazer.” (E8),

ao mecanismo de lesão do incidente (v.g. queda),

[*“Ele perguntou-me como é que tinha sido a queda (...)”*] [*“(...) como é que eu cai (...)”*]. (E2),

duração da queixa;

[*“Perguntam-me (...)”*] [*“(...) há quanto tempo estou assim (...)”*]. (E8).

- ◆ Questões esperadas aquando a triagem. Os cidadãos/ utentes esperam em próximos episódios de urgência, que os profissionais de saúde os questionem quanto ao(s) motivo(s) que os levaram ao SU:

“Porque é que está aqui outra vez?” (E1);

[*“Perguntavam-me o que é que se estava a passar, porque é que vim cá (...)”*]
“(...) o que é que sentiu ...” (E5),

quanto aos “ (...) sintomas (...)” (E4), à existência de febre:

[*“Se tinha febre (...)”*] [*“(...) pelo menos é o que costuma acontecer sempre.”*]
(E7);

à realização de medicação habitual (v.g. insulina ou antidiabéticos orais):

[Perguntavam sobre] *“a medicação.”* (E4).

Os cidadãos/ utentes consideram que, de acordo com os sintomas que são apresentados, são feitas determinadas questões:

“Consoante os sintomas que nós damos ... são as perguntas que fazem.” (E10);

[*“Por acaso não estava à espera da da febre.”*] [*“Não sabia que se associavam.”*] (E10);

[Queixa do episódio de urgência actual: dor torácica posterior, associada por E10 a *“mau jeito”*] (E10),

- ◆ Procedimentos realizados na triagem. Os cidadãos/ utentes consideram que os profissionais triadores falam com o cidadão/ utente, questionando o motivo da sua admissão no SU, observam-no, de acordo com a queixa por ele apresentada:

“Eles ... fazem uma pequena apreciação.” (E2);

“Se for nos ouvidos, espreitam o que é que tem nos ouvidos (...)” (E2);

[*“Da última vez quando vim com o dente, com infecção, perguntaram-me se o ouvido doía (...)”*] [*“(...) viram o pescoço (...)”*] (E10);

avaliam-lhe, por vezes, alguns parâmetros vitais, como a tensão arterial:

“Das outras vezes têm-me medido a tensão (...)” (E7),

a temperatura:

“Medem a febre, às pessoas que acham que têm febre.” (E2),

a oximetria de pulso:

"Vêm o nível de oxigénio (...)". (E9),

sendo que os cidadãos/ utentes apenas identificam a avaliação da temperatura pelos profissionais triadores, quando há suspeita da existência de febre.

"Dão a tal pulseirinha." (E2), com a respectiva cor, *"(...) e depois encaminham (...)"*. (E2).

Os cidadãos/ utentes consideram que, a maior parte das vezes, nenhum procedimento é posto em prática:

"Não me fizeram nada mais." (E1);

"Desta vez não me fizeram nada." (E5);

"(...) não fizeram mais nada (...)". (E7),

[*"Das outras vezes têm-me medido a tensão, vêm se eu tenho febre."*] *"Hoje não."* (E7),

◆ São considerados critérios determinantes da cor/ categoria de urgência atribuída pelos cidadãos/ utentes, valorizados pelos profissionais triadores:

○ Hemorragia externa e hematomas:

[*"Se estivesse a sangrar nem me davam pulseira verde (...)"*] *"(...) mandavam-me logo com encarnada."* (E1);

"Possíveis hematomas que as pessoas tenham." (E9),

○ Problemas do foro cardíaco:

[*"Quando foi do coração, souberam que eu tinha posto o "pacemaker" há pouco tempo e não me sentia bem."*] *"Mandaram-me a correr para aqui, em maca."* (E1);

[*"Quando foi do coração (...)"*] *"Fui imediatamente atendida (...)"*. (E1);
"(...) com problemas cardíacos (...)" (E7);

[*"Acho que valorizam mais (...)"*] *"a nível do coração."* (E9),

○ Lipotímia/ "Desmaio", em diferentes contextos, nomeadamente Hipotensão e Hipoglicémia:

[*"Quando foi do coração (...) fui imediatamente atendida, fizeram-me as provas"*] *"(...) foi quando (...) desmaiei."* (E1);

[E1 associa o "desmaio" a] *"Baixou-me a tensão e baixou-me o açúcar."* (E1),

- Sinais e sintomas, enquanto algo que pode ser determinado objectivamente. Segundo os cidadãos/ utentes, os profissionais triadores não valorizam os sintomas, a não ser que existam sinais evidentes do sintoma referido. Exemplificam com a existência de alteração da coloração da pele, que evidenciam dor. Consideram que a alteração dos valores da glicemia, como a hiperglicémia, é mais valorizada pelos profissionais triadores, relativamente à dor referida pelos cidadãos/ utentes, que não apresenta sinais evidentes de uma dor intensa:

"Eu acho que eles dão mais importância àquilo que vêm (...)". (E4);

"(...) do que aquilo que nós sentimos (...)" (E4);

"Porque uma pessoa pode chegar cá e dizer que lhe dói muito, muito e não lhe dói tanto como diz." (E4);

"A dor é mais subjectivo." (E4);

"A pessoa pode ter mais tolerância ou menos tolerância à dor." (E4);

"Eles não podem valorizar o tipo de dor que nós temos." (E4);

"O que para mim pode ser uma dor muito forte, para si pode ser uma coisinha que nem sente." (E4);

"Se eles vêm que a pessoa está branca ou amarela, já está mesmo muito mal (...)". (E4);

"Eu acho que eles (...) valorizam o aspecto da pessoa." (E4);

[*"No meu caso (...) vêm que tenho uma glicemia de 400, 500 e entra uma pessoa com dor de barriga (...)"*] *"(...) se calhar já não vai ser tão importante (...)"*. (E4),

Dor, considerada, por alguns cidadãos/ utentes, valorizada pelos profissionais de saúde, ao contrário de outros, que consideram a dor não ser valorizada por aqueles profissionais:

[Relativamente à valorização da dor, E5 considera não ser valorizada]

"Acho que não (...)". (E5);

"Eu senti que não deram importância à minha dor." (E6);

[E6 considera que por estar grávida e com dor não foram motivos valorizados pelo profissional triador e outros profissionais, no entanto refere-se aos gabinetes onde se faz o atendimento dos cidadãos/ utentes

“muito urgentes”] “Entrei para aqui para a sala, depois estive imenso tempo.” (E6).

Entende-se que a dor de E6, no episódio de urgência a que se refere, foi valorizada pelo profissional triador, dado ter sido encaminhada para os gabinetes de atendimento dos cidadãos/ utentes “Laranjas ou Muito Urgentes”.

O facto da dor parecer aos cidadãos/ utentes não ser valorizada pelos profissionais triadores, parece dever-se ao facto de não se proceder de imediato à eliminação ou minimização da dor. Expectativa do cidadão/ utente que recorre ao SU, por motivo de dor:

“A questão é saber no imediato o que provoca a dor.” (E10);

“Medicar urgentemente (...)” (E10).

Por outro lado, outros cidadãos/ utentes consideram ser valorizada:

“As dores que eu sinto (...)” (E9);

“A dor (...)” (E10);

○ Localização da dor:

[Relativamente às dores] *“Onde as sinto (...)”*. (E9),

○ Febre. A febre, à semelhança da dor, não foi considerada pelos cidadãos/ utentes como algo valorizado pelos profissionais triadores no momento da triagem. Consideram que:

“Se o enfermeiro valorizasse não me dava a senha verde.” (E2).

Coloca-se a questão, será que esta pessoa tinha febre no momento da triagem? Acredita-se que não. Dai a atribuição da cor verde. O facto do cidadão/ utente ter tido febre, não é um aspecto valorizado pelos profissionais triadores na atribuição de uma categoria de urgência, mas sim a presença de febre no momento da triagem. A informação relativa à existência de febre, não verificada no momento da triagem, importa ao profissional triador na escolha do fluxograma, que melhor se adequa à queixa do cidadão/ utente.

À semelhança da dor, os cidadãos/ utentes consideram que a febre não é valorizada pelos profissionais de saúde, por não ter sido efectuada medicação logo após a verificação da febre:

[*"Eu tinha 40 graus de febre na triagem e a enfermeira (...) viu que eu tinha febre (...)"*] "*(...) não fez nada para me tirar a febre (...)"* (E2).

Por outro lado, há quem considere que os profissionais de saúde valorizam "A febre." (E4) e que nela, "Mais uma vez conta aquilo que se vê." (E4):

"Se a pessoa tem febre, toda a gente vê." (E4);

[Relativamente à valorização da febre pelos profissionais de saúde] "Acho que sim". (E8);

"A febre, ..." (E10),

- Idosos. Houve referência à importância dada à idade, nomeadamente à idade avançada ou aos idosos, pelos profissionais triadores na atribuição da categoria de urgência:

"Talvez as pessoas com mais idade". (E7),

- Pessoas vítimas de "(...) acidentes (...)" (E7) e "Quedas (...)" (E9);
- Dispneia. A sensação de falta de ar e a SaTO2 foram aspectos referidos pelos cidadãos/ utentes como valorizados pelos profissionais de saúde:

"Se a pessoa está com falta de ar (...)" (E9);

"O nível de oxigénio (...)" (E9),

- Sinais e sintomas evidenciados numa constipação (rinorreia, congestionamento nasal, ...). Estes são considerados pelos cidadãos/ utentes como não sendo sinais e sintomas valorizados pelos profissionais de saúde:

"Por exemplo, uma pessoa que está constipada (...)" (E1),

- Alteração da acuidade visual e alteração física do globo ocular. Estas alterações não foram percebidas como sendo relevantes no processo de atribuição da categoria de urgência:

[*"Pode ter olhado para mim, ter visto o olho vermelho e pode ter pensado, "sim, de facto precisa de ir a uma consulta" (...)"*] "*Mas não dão assim grande importância (...)"*. (E6).

◆ São critérios valorizados pelo cidadão/ utente na atribuição da cor/ categoria de urgência:

- Febre. Este sinal e sintoma é valorizado e, por vezes, hiper valorizado pelos cidadãos/ utentes:

["*Disse que estava assim há não sei quantos dias (...)*"] "*(...) que tinha febre*". (E8).

Há uma hiper valorização da febre por E2, que a considera desagradável, provocando um "mau estar", que comparativamente à dor que sente no episódio actual e que considera ser a causa de uma prioridade mais elevada, é mais desconfortável. E2 considera ter sido mal trída no episódio actual de urgência, discordando com a categoria de urgência atribuída:

"Hoje deu-me a senha amarela." (E2);

"Acho que se me dessem verde hoje, que estou a sentir dor nas costelas e na coluna (...)" (E2);

"Não é uma coisa tão desagradável como a febre, por exemplo." (E2);

"Acho que hoje aguardava melhor do que no outro dia." (E2),

- Pessoas vítimas de acidente de viação, os cidadãos/ utentes esperam que sejam atendidos imediatamente:

"Acidentes (...) espero que sejam atendidos logo." (E2),

- Duração da queixa. Este aspecto é valorizado pelos cidadãos/ utentes na atribuição da categoria de urgência, o que não corresponde de todo à realidade, daí a relevância nas afirmações utilizadas quando o objectivo é obter uma categoria de urgência mais elevada, que implique menor tempo de espera:

"Dizem que o problema já se vem verificando há vários dias." (E7);

"Disse que estava assim há não sei quantos dias". (E8),

- Dificuldade/ incapacidade de realizar as actividades de vida diárias:

["*Disse que estava assim há não sei quantos dias, que tinha febre, que me doía a garganta (...)*"] "*(...) que não como há 1 semana (...)*". (E8),

na tentativa de obter uma categoria de urgência mais elevada;

- Transporte ao hospital efectuado pelo INEM. Ainda persiste a ideia de que os cidadãos/ utentes transportados em ambulância têm prioridade perante os outros;

[*“Quando vêm pelo INEM, pelas ambulâncias (...)”*] *“(...) acho que devem ser uma prioridade (...)”*. (E2).

- ◆ Os cidadãos/ utentes consideram, de uma forma geral, existir uma associação de sinais e/ ou sintomas à prontidão no atendimento, que mostram desconhecer.

Afirmam:

“Deve haver uns requisitos para determinar qual a pulseira de cada pessoa.” (E4).

Alguns consideram:

“Aquilo que eu digo que sinto é que vai fazer com que me seja aplicada uma pulseirinha com uma cor.” (E10);

“Nem sei quais são os critérios.” (E10).

Critérios aceites pelos cidadãos/ utentes, pois acreditam no profissional triador:

“Eu aceito-os, porque acredito que do outro lado está um profissional.” (E10);

“Acho que a pessoa que está (...) a perguntar os meus sintomas, tem que ter a sensibilidade, a capacidade para saber o que é mais urgente”. (E10);

[*“Não é uma pessoa qualquer que está na triagem (...)”*] *“(...) é um enfermeiro.”* (E9).

Um cidadão/ utente procurou justificar o motivo da atribuição de diferentes cores a problemas semelhantes, considerando esse facto resultar do profissional triador:

[Referente ao episódio actual, *“Eu estou toda partida e o miudito que está lá fora tem uma pulseira amarela (...)”*] *“(...) e eu, uma verde.”* (E1);

[E1 refere-se à criança que caiu e considera que tem o pé menos inchado que o seu - *“Eu estou com o pé, com as cervicais e com as lombares, que não posso, e ele leva uma pulseira amarela”*] *“(...) e eu uma verde.”* (E1);

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] *“Foi porque foi (...) por uma enfermeiro e outro por outra.”* (E1);

[E1 tenta encontrar uma justificação para a criança ter pulseira diferente da sua, quando julga que o problema foi o mesmo] *“Ele é uma criança (...)”*. (E1);

“(...) e eu sou uma adulta.” (E1);

“Eu posso aguentar mais (...)” (E1);

" (...) e ele menos." (E1);

" Ou sou cliente habitual daqui." (E1).

Alguns cidadãos/ utentes atrevem-se a associar alguns sinais e sintomas às categorias de urgência:

[" Imagine uma dor que eu não me conseguisse aguentar em pé."] " se calhar eu merecia a tal senha amarela." (E2);

[E3 refere-se a uma prioridade mais elevada] " Uma pessoa ... com uma perna partida ou com uma fractura exposta, os sinais conferem-lhe uma prioridade..." (E3).

Os cidadãos/ utentes revelam a predisposição dos outros cidadãos/ utentes para manipularem o STM, exagerando os seus sinais e/ ou sintomas, quando estes não são reais. Para assim conseguirem um atendimento mais rápido, evitando horas de espera. Alguns consideram que, em determinadas circunstâncias, também o fazem ou fariam. Outros descrevem mesmo situações que sugerem a sua própria denuncia:

◆ Predisposição dos outros cidadãos/ utentes para manipularem o STM:

" Fingidos há muitos." (E1);

" Eu já vi muita gente fingir." (E1);

" Há muita gente que exagera". (E1);

" Até acho que há pessoas que são capazes de fazer isso." (E2);

" Desde que não ficassem seis, cinco, oito horas à espera." (E2);

" Acho que de todas as maneiras que pudessem." (E2);

[" Há pessoas que estão ali a dizer " dói muito, dói muito" "] " (...) não dói nada." (E4);

[Quanto à possibilidade das pessoas exagerarem os sinais e/ ou os sintomas] " Sim, para estarem aqui meia hora em vez de uma hora ou duas." (E4);

[" Eu julgo que há pessoas bem capazes disso (...)"] " (...) para passarem à frente." (E5);

" Há muita gente assim." (E7);

" Às vezes vejo as pessoas a fazerem isso." (E7);

[Relativamente à possibilidade de existirem pessoas capazes de exagerarem os sinais e/ ou sintomas experimentados] *"Há mentes (...) capazes de tudo."* (E10).

Predisposição essa, evidenciada, segundo os cidadãos/ utentes, pela referencia da existência:

- *" (...) da febre."* (E2);
- de intensificação da dor:
 - " Se calhar são capazes de não ter uma dor tão grave"* (E2),
- de falta de ar:
 - "Falta-me o ar."* (E1),
- de existência de mais locais de dor e apresentação de dor localizada no "peito"/ dor torácica:
 - [*" Uma pessoa vir com uma dor de barriga e dizer que dói-me muito mais forte (...)"*] *"também me dói no peito"*. (E9);
 - " (...) quando torceu o pé, dói-me o pé e dói-me a perna."* (E9),
- simulação de lipotimia/ "desmaio" ou "morte iminente":
 - " Deitarem-se para o chão."* (E1);
 - [*" Em Barcelona vi", uma pessoa*] *" (...) mandou-se para o chão (...)"* (E1);
 - " (...) e afinal não era nada."* (E1);
 - "Vou morrer."* (E1).

Alguns cidadãos/ utentes consideram que *" Se as pessoas estivessem verdadeiramente doentes, se calhar não estavam ali a discutir por coisas insignificantes."* [na Sala de Cidadãos/ Utentes Triados] (E4).

Um dos sujeitos da investigação refere mesmo conhecer pessoas que têm a prática de exagerar os seus sinais e/ ou sintomas, com vista a um atendimento mais rápido:

"Conheço pessoas que fazem isso." (E7),

e aconselha esta prática àqueles que recorrem ao SU:

"Aconselho a toda a gente." (E8);

"Infelizmente resulta." (E8),

◆ **Predisposição do próprio para manipular o STM:**

"Eu hoje não tive que dizer nada.(...)" (E2);

["Eu (...)] "(...) nunca tive necessidade de mentir". (E2);

"Imagino que se me voltasse a acontecer o que aconteceu e que (...) era um caso verdadeiro, se calhar para a próxima dizia: "deixa-me dizer que estou com mais dor, para ser atendida mais rapidamente". (E2);

"Eu já fiz isso." (E8);

["Eu já fiz isso."] "E deu resultado. (E8);

[Refere-se aos profissionais de saúde] "Se não se chora um bocadinho, a verdade é que eles não se mexem." (E8);

[E8 refere-se ao episódio no qual exagerou os sinais e sintomas] "Em meia hora estava despachada." (E8);

["Disse que estava assim há duas semanas (...)] "(...) quando se calhar só estava há uma (...)" (E8);

["Disse que não comia há 1 semana (...)] "(...) quando também não era verdade (...)" (E8);

["Disse que tinha febre (...)] "(...) quando também não tinha (...)" (E8),

[E8 refere ter exagerado na informação fornecida] "Para me tentarem despachar o mais rapidamente possível." (E8).

O exagero dos sinais e/ ou sintomas dos cidadãos/ utentes passa pela simulação de uma dor mais intensa relativamente àquela que experimentavam, com afecção das actividades de vida diária (v.g. alimentação), coadjuvando-se a febre e a persistência do problema há já algum tempo.

No exagero dos sinais e/ ou sintomas foram focados aspectos, que os cidadãos/ utentes consideram relevantes na atribuição de uma categoria de urgência mais elevada, nem sempre compatíveis com os critérios mais valorizados pelos enfermeiros triadores.

◆ Predisposição do próprio para manipular o STM, referido por outrem:

[Enquanto E1 aguardava ser chamada para a primeira observação médica] "*Uma senhora (...) estava para ser atendida*". (E1);

[Uma das pessoas que aguardavam como E1 para a primeira observação médica, dirigiu-se a E1] "*A senhora chamou-me cigana, chamou-me tudo (...)*". (E1);

[A pessoa que se dirigiu a E1 disse] "*Ela está a fingir. !*" (E1);

"*Que eu estava a fingir!*" (E1).