



O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor

Márcio Miguel Coimbra de Carvalho

Enfermeiro no Serviço de Urgência A,
do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Lisboa, 10 de *outubro* de 2018

SUMÁRIO

- A AVALIAÇÃO DA DOR INTEGRADA NO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER
- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO
- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS
- CONCLUSÕES

A AVALIAÇÃO DA DOR INTEGRADA NO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

O serviço de urgência é diariamente confrontado com uma grande afluência de pessoas com as mais diversas sintomatologias.



Congestionamento

Sobrecarga de trabalho

Prejudica a qualidade e o tempo de resposta da equipa de saúde



SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

DOR.....

O primeiro registo efetivo da palavra dor foi descrito em 1297. Segundo a *International Association for the Study of Pain* é a queixa mais frequente e antiga da história da Medicina.

Em janeiro de 2000, a *Joint Commission Accreditation on Healthcare Organizations*, publicou uma norma na qual descreve a dor como 5º sinal vital (Pedroso & Celich, 2006).

Em 2003, a Direção-Geral da Saúde emitiu uma circular normativa, em que iguala a dor ao 5º sinal vital (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Em 2004, a *International Association for the Study of Pain*, a *European Pain Federation* e a Organização Mundial da Saúde declaram que o tratamento da dor é um direito humano universal (Cousins & Lynch, 2011).

Despoleta alterações na qualidade de vida e inúmeras repercussões psicossociais e económicas, o que a torna um problema de saúde pública (Bottega & Fontana, 2010).

Queixa mais frequente pelo qual as pessoas se deslocam ao serviço de urgência (Downey & Zun, 2010; Keating & Smith, 2011; *International Association for the Study of Pain*, 2011).

A subvalorização da dor é um dos problemas encontrados na prática clínica diária, sobretudo em serviços de urgência (...) (Silva et al., 2013).

A complexidade e a subjetividade são das principais barreiras à sua avaliação.



Quanto melhor e mais eficiente for a sua valorização e interpretação, mais eficaz se torna o sistema, sendo atribuída uma prioridade adequada.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDO

- Retrospectivo com uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo, analítico e correlacional.

POPULAÇÃO

- 56280 pessoas que recorreram ao serviço de urgência geral de um hospital com valência médico-cirúrgica da região de Lisboa, no ano de 2 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014, às quais foi atribuída uma prioridade pelo Sistema de Triagem de Manchester, após seleção e bloqueio dos seguintes discriminadores: Dor Severa; Dor Pré-Cordial; Dor Moderada; Dor Pleurítica; Dor Ligeira <7 dias.

AMOSTRA

- 382 pessoas
- Probabilística e aleatória.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

- Qual a relação entre a prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester e algumas variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor?

OBJETIVO GERAL

- Analisar possíveis relações entre a prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester e algumas variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor;
- Analisar a relação entre a prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester e algumas variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor.

VARIÁVEIS

- **VARIÁVEL DEPENDENTE**

A prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester.

- **VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

Sexo; Faixa etária; Turno de admissão no SU; Dia da semana; Mês; Fluxograma; Discriminador; Intensidade da dor; Especialidade da primeira observação; Tempo de duração da triagem; Tempo de espera para a primeira observação médica; Tempo de permanência no SU; Desfecho do episódio de urgência.

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

H1 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o sexo;

H2 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e a faixa etária;

H3 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o turno de admissão no SU;

H4 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o dia da semana de admissão no SU;

H5 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o mês de admissão no SU;

H6 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o fluxograma;

H7 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o discriminador;

H8 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e a intensidade da dor;

H9 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de duração da triagem;

H10 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de espera para primeira observação médica;

H11 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de permanência no SU;

H12 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o desfecho do episódio de urgência.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

- Formulário.

PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

- Pedido formal de autorização para realização do estudo à diretora do serviço de urgência geral, à enfermeira chefe e à Comissão de Ética da instituição.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

- Os dados foram transferidos para uma base de dados em formato Excel®, que foi posteriormente exportada para o programa de tratamento estatístico SPSS®, na versão 23.0 de 2015.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreremos a procedimentos de análise descritiva e inferencial.

No teste das hipóteses foram considerados como estatisticamente significativos os resultados para os quais o valor da probabilidade de significância foi inferior a 0,05 ($p < 0,05$), com um intervalo de confiança de 95%, rejeitando-se assim a hipótese nula.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

ANÁLISE DESCRITIVA

Distribuição da população

	n	%
População		
Pessoas triadas com dor	56280	41,9
Pessoas triadas com outras queixas	77885	58,1
Total	134165	100,0

Distribuição da amostra por sexo e faixa etária

		n	%
Sexo	Masculino	179	46,9
	Feminino	203	53,1
	Total	382	100,0
Faixa Etária	[18-23 anos]	22	5,8
	[24-29 anos]	37	9,7
	[30-35 anos]	37	9,7
	[36-41 anos]	43	11,3
	[42-47 anos]	41	10,7
	[48-53 anos]	34	8,9
	[54-59 anos]	39	10,2
	[60-65 anos]	35	9,2
	[66-71 anos]	31	8,1
	[72-77 anos]	25	6,5
	[78-84 anos]	21	5,5
	>85 anos	17	4,5
	Total	382	100,0

\bar{X} - 50,88; Md – 49; Mo – 46; Dp - 19,025; Mín – 18; Máx – 96

Distribuição da amostra por turno, dia da semana e mês de admissão no SU

		n	%
Turno	Manhã	197	51,6
	Tarde	134	35,1
	Noite	51	13,4
	Total	382	100,0
Dia da Semana	Segunda-feira	72	18,8
	Terça-feira	48	12,6
	Quarta-feira	47	12,3
	Quinta-feira	59	15,4
	Sexta-feira	64	16,8
	Sábado	44	11,5
	Domingo	48	12,6
	Total	382	100,0
Mês	Janeiro	31	8,1
	Fevereiro	21	5,5
	Março	32	8,4
	Abril	34	8,9
	Maio	35	9,2
	Junho	43	11,3
	Julho	28	7,3
	Agosto	36	9,4
	Setembro	29	7,6
	Outubro	35	9,2
	Novembro	33	8,6
	Dezembro	25	6,5
	Total	382	100,0

Distribuição da amostra por prioridade atribuída pelo STM

		n	%
Prioridade	Muito Urgente	31	8,1
	Urgente	115	30,1
	Pouco Urgente	236	61,8
	Total	382	100,0

Distribuição da amostra por discriminador

		n	%
Discriminador	Dor Severa	22	5,8
	Dor Pré-Cordial	9	2,4
	Dor Moderada	90	23,6
	Dor Pleurítica	25	6,5
	Dor ligeira < 7 dias	236	61,8
	Total	382	100,0

Distribuição da amostra por fluxograma

		n	%
Fluxograma	Agressão	3	0,8
	Cefaleia	33	8,6
	Corpo estranho	1	0,3
	Diarreia e/ou vômitos	10	2,6
	Dispneia	1	0,3
	Dor abdominal	49	12,8
	Dor cervical	7	1,8
	Dor de garganta	21	5,5
	Dor lombar	49	12,8
	Dor testicular	4	1,0
	Dor torácica	51	13,4
	Erupções cutâneas	1	0,3
	Feridas	8	2,1
	Grande traumatismo	1	0,3
	Indisposição no adulto	5	1,3
	Infeções locais e abcessos	25	6,5
	Lesão toraco-abdominal	7	1,8
	Mordeduras e picadas	1	0,3
	Problemas de ouvidos	13	3,4
	Problemas estomatológicos	2	0,5
	Problemas nos membros	70	18,3
	Problemas oftalmológicos	6	1,6
	Problemas urinários	1	0,3
	Queda	11	2,9
	Queimaduras profundas e superficiais	1	0,3
	T.C.E. Traumatismo Crânio-Encefálico	1	0,3
	Total	382	100,0

Distribuição da amostra por intensidade da dor

		n	%
Intensidade	1	9	2,4
	2	53	13,9
	3	114	29,8
	4	77	20,2
	5	81	21,2
	6	17	4,5
	7	5	1,3
	8	18	4,7
	9	4	1,0
	10	0	0,0
	Total	378	99,0
	Omissos	4	1,0

\bar{X} - 3,93; Md - 4; Mo - 3; Dp - 1,618; Mín - 1; Máx - 9

Distribuição da amostra por especialidade da primeira observação

		n	%
Especialidade da primeira observação	Médica	184	48,2
	Cirúrgica	198	51,8
	Total	382	100,0

Distribuição da amostra por tempo de duração da triagem, tempo de espera para a primeira observação médica e tempo de permanência no SU

		Tempo de duração da triagem	Tempo de espera para a primeira observação médica	Tempo de permanência no SU
Média		2,02	98,04	236,42
Mediana		2,00	52,00	173,00
Moda		2	21	38
Desvio Padrão		1,166	140,051	218,590
Mínimo		0	2	6
Máximo		7	1091	1202
Percentis	25	1,00	23,00	87,50
	50	2,00	52,00	173,00
	75	2,50	110,50	319,00
Total		353	354	381
Omissos		29	28	1

Distribuição da amostra por desfecho do episódio de urgência

	n	%
Desfecho do Episódio de Urgência		
Abandono	23	6,0
Centro de Saúde	95	24,9
Consulta Externa	37	9,7
Domicílio	192	50,3
Hospital do SNS	2	0,5
Internamento	28	7,3
Outro Hospital	1	0,3
Saída contra parecer médico	3	0,8
Total	381	99,7
Omissos	1	0,3

Distribuição da amostra por prioridade atribuída pelo STM e o tempo de duração da triagem, tempo de espera para a primeira observação médica e tempo de permanência no SU

		Prioridade		
		Muito Urgente	Urgente	Pouco Urgente
Tempo de duração da triagem	Média	2,04	2,38	2,24
	Mediana	2	2	2
	Desvio Padrão	0,962	1,261	1,106
	Mínimo	0	0	0
	Máximo	4	6	7
	Total	28	106	219
		Prioridade		
		Muito Urgente	Urgente	Pouco Urgente
Tempo de espera para a primeira observação médica	Média	31,82	79,70	115,30
	Mediana	24,50	46	60
	Desvio Padrão	26,678	96,300	161,428
	Mínimo	3	2	2
	Máximo	103	654	1091
	Total	28	106	220
		Prioridade		
		Muito Urgente	Urgente	Pouco Urgente
Tempo de permanência no SU	Média	242,84	248,64	229,59
	Mediana	197	192	150
	Desvio Padrão	138,050	209,019	231,820
	Mínimo	34	6	7
	Máximo	584	1075	1202
	Total	31	115	235

ANÁLISE INFERENCIAL

H1 – Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o sexo

	Valor	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado	1,314	0,518
Razão de verossimilhança	1,317	0,518
Nº de Casos Válidos	382	

REJEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

- Estes resultados são contrários aos obtidos por Júnior et al. (2012) e Guedes et al. (2014).

H2 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e a faixa etária

	Faixa Etária	n	Média de Postos	Qui-quadrado	Significância Assintótica (Bilateral)
Prioridade atribuída pelo STM	[18-23 anos]	22	192,70	10,867	0,454
	[24-29 anos]	37	198,09		
	[30-35 anos]	37	217,86		
	[36-41 anos]	43	199,88		
	[42-47 anos]	41	168,93		
	[48-53 anos]	34	190,96		
	[54-59 anos]	39	182,38		
	[60-65 anos]	35	183,03		
	[66-71 anos]	31	203,18		
	[72-77 anos]	25	185,54		
	[78-84 anos]	21	158,67		
	>85 anos	17	218,91		
	Total	382			

REJEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

- Estes resultados coincidem com os obtidos por Diniz, Silva, Souza e Chianca (2014) e Guedes et al. (2014).

H3 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o turno de admissão no SU

	Turno de admissão no SU	n	Média de Postos	Qui- quadrado	Significância Assintótica (Bilateral)
Prioridade atribuída pelo STM	Manhã	197	194,95	1,763	0,414
	Tarde	134	192,58		
	Noite	51	175,33		
	Total	382			

REJEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

- Estes resultados coincidem com os obtidos por Feijó (2010) e Diniz et al. (2014).

H4 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o dia da semana de admissão no SU

	Dia da semana de admissão no SU	n	Média de Postos	Qui-quadrado	Significância Assintótica (Bilateral)
Prioridade atribuída pelo STM	Segunda-feira	72	190,17	6,866	0,333
	Terça-feira	48	201,44		
	Quarta-feira	47	196,36		
	Quinta-feira	59	197,08		
	Sexta-feira	64	168,77		
	Sábado	44	211,66		
	Domingo	48	183,77		
	Total	382			

REJEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

H5 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o mês de admissão no SU

	Mês de admissão no SU	n	Média de Postos	Qui- quadrado	Significância Assintótica (Bilateral)
Prioridade atribuída pelo STM	Janeiro	31	201,77	13,948	0,236
	Fevereiro	21	185,81		
	Março	32	199,61		
	Abril	34	221,06		
	Maio	35	202,24		
	Junho	43	206,35		
	Julho	28	157,45		
	Agosto	36	183,26		
	Setembro	29	207,52		
	Outubro	35	173,00		
	Novembro	33	167,45		
	Dezembro	25	181,44		
	Total	382			

REJEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

H6 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o fluxograma

	Fluxograma	n	Média de Postos	Qui-quadrado	Significância Assintótica (Bilateral)
Prioridade atribuída pelo STM	Agressão	3	206,00	71,422	0,000
	Cefaleia	33	182,52		
	Corpo estranho	1	264,50		
	Diarreia e/ou vômitos	10	194,30		
	Dispneia	1	89,00		
	Dor abdominal	49	174,07		
	Dor cervical	7	214,36		
	Dor de garganta	21	264,50		
	Dor lombar	49	156,19		
	Dor testicular	4	264,50		
	Dor torácica	51	134,62		
	Erupções cutâneas	1	264,50		
	Feridas	8	233,44		
	Grande traumatismo	1	89,00		
	Indisposição no adulto	5	194,30		
	Infeções locais e abscessos	25	243,44		
	Lesão toraco-abdominal	7	164,21		
	Mordeduras e picadas	1	264,50		
	Problemas de ouvidos	13	264,50		
	Problemas estomatológicos	2	176,75		
	Problemas nos membros	70	208,30		
	Problemas oftalmológicos	6	235,25		
	Problemas urinários	1	89,00		
	Queda	11	210,00		
	Queimaduras profundas e superficiais	1	89,00		
	T.C.E. Trauma Crânio-Encefálico	1	89,00		
	Total	382			

ACEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

H7 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o discriminador

	Discriminador	n	Média de Postos	Qui-quadrado	Significância Assintótica (Bilateral)
Prioridade atribuída pelo STM	Dor Severa	22	16,00	381,000	0,000
	Dor Pré-Cordial	9	16,00		
	Dor Moderada	90	89,00		
	Dor Pleurítica	25	89,00		
	Dor Ligeira < 7 dias	236	264,50		
	Total	382			

ACEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

H8 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e a intensidade da dor

Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>		Prioridade atribuída pelo STM	Intensidade da dor
Prioridade atribuída pelo STM	Coeficiente de Correlação	1,000	0,798**
	Sig. (bilateral)	.	0,000
	n	382	378
Intensidade da dor	Coeficiente de Correlação	0,798**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	.
	n	378	378

ACEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA (correlação positiva forte)

- Estes resultados coincidem com os obtidos por Feijó (2010).

H9 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de duração da triagem

Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>		Prioridade atribuída pelo STM	Tempo de duração da triagem
Prioridade atribuída pelo STM	Coeficiente de Correlação	1,000	0,199**
	Sig. (bilateral)	.	0,000
	n	382	353
Tempo de duração da triagem	Coeficiente de Correlação	0,199**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	.
	n	353	353

ACEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA (correlação positiva muito fraca)

- Estes resultados coincidem com os obtidos por Storm-Versloot et al. (2014).

H10 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de espera para primeira observação médica

Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>		Prioridade atribuída pelo STM	Tempo de espera para a primeira observação médica
Prioridade atribuída pelo STM	Coeficiente de Correlação	1,000	- 0,206**
	Sig. (bilateral)	.	0,000
	n	382	354
Tempo de espera para a primeira observação médica	Coeficiente de Correlação	-0,206**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	.
	n	354	354

REJEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA (correlação negativa fraca)

- Este resultado corrobora com o preconizado pelo GPT no que se refere à relação tempo alvo de atendimento/ prioridade.

H11 - Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de permanência no SU

Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>		Prioridade atribuída pelo STM	Tempo de permanência no SU
Prioridade atribuída pelo STM	Coeficiente de Correlação	1,000	-0,136**
	Sig. (bilateral)	.	0,008
	n	382	381
Tempo de permanência no SU	Coeficiente de Correlação	-0,136**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,008	.
	n	381	381

REJEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA (correlação negativa muito fraca)

H12 - Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o desfecho do episódio de urgência

	Desfecho do episódio de urgência	n	Média de Postos	Qui-quadrado	Significância Assintótica (Bilateral)
Prioridade atribuída pelo STM	Abandono	23	222,78	20,775	0,004
	Centro de Saúde	95	191,38		
	Consulta Externa	37	191,08		
	Domicílio	192	197,31		
	Hospital do SNS	2	264,00		
	Internamento	28	123,36		
	Outro Hospital	1	89,00		
	Saída contra parecer médico	3	147,33		
	Total	381			

ACEITAMOS A HIPÓTESE FORMULADA

- Estes resultados são contrários aos obtidos por Wulp et al. (2009), Martins et al. (2009), Feijó (2010) e Providência et al. (2011) .

CONCLUSÕES

A dor deve ser vista como um fenómeno que necessita de uma maior atenção por parte dos enfermeiros da triagem, mas também de todos os outros profissionais envolvidos, incluindo os gestores, sendo necessário intervir ao nível da formação, sensibilizando-os para o problema de saúde pública que a dor representa.

Implementação de ações de sensibilização dirigidas à população, tendo como objetivo contribuir para um acesso racionalizado das pessoas aos serviços de urgência, evitando episódios de sobrelotação destes serviços.

Recomendamos a implementação de estratégias de controlo de dor ao nível da triagem, nomeadamente a criação de protocolos de analgesia geridos pelo enfermeiro, com supervisão clínica, que possam contribuir para um tratamento eficaz da dor logo no momento da sua chegada ao SU.

Necessidade de ser efetuada uma retriagem das pessoas que aguardam pela primeira observação médica sempre que o tempo de espera ultrapasse o tempo preconizado pela GPT para a respetiva prioridade, ou no caso em que haja um agravamento do estado clínico da pessoa.

Consideramos que uma melhoria da articulação das instituições hospitalares com os cuidados de saúde primários deve ser ponderada, no sentido de uma melhor rentabilização dos recursos existentes e respetivo fluxo de doentes.

Sugerimos ainda a replicação deste estudo noutras instituições nacionais.

OBRIGADO PELA ATENÇÃO