



e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**MÉDICO-CIRÚRGICA**

Tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência -  
Validação do Triage Decision Making Inventory para a população  
portuguesa

Sandra Gaspar Marques

Coimbra, *novembro* de 2014





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **MÉDICO-CIRÚRGICA**

Tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência -  
Validação do Triage Decision Making Inventory para a população  
portuguesa

Sandra Gaspar Marques

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, Professora  
Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, *novembro de 2014*



**À memória de José Augusto**

Pelo apoio incondicional, que só um pai podia ter dado



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Isabel Moreira pela orientação sábia, disponibilidade e constante incentivo.

À Professora Patrícia Fidalgo pela ajuda na tradução do instrumento de colheita de dados.

Aos professores que integraram o painel de peritos pela revisão do instrumento de colheita de dados e pertinentes sugestões.

À Enfermeira Ana lúcia João pelo seu apoio e esclarecimento de dúvidas no tratamento e análise estatística dos dados.

Ao Professor Luís Loureiro pela sua participação no tratamento estatístico dos dados.

Ao meu marido, José Carlos pelo acompanhamento na entrega e recolha dos questionários.

Aos Enfermeiros chefes dos serviços de urgência que participaram no estudo pela sua grande disponibilidade e ajuda na colheita de dados.

Aos enfermeiros que de forma voluntária participaram no estudo e aceitaram preencher o questionário entregue.

A todos os que de forma direta ou indireta contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

A todos um grande obrigado.



## **LISTA DE SIGLAS**

**ATS** - Australasian Triage Scale

**ESI** - Emergency Severity Index

**CTAS** - Canadian Triage and Acuity Scale

**MTS** - Manchester Triage System

**TDMI** - Triage Decision Making Inventory

**TKQ** - Triage Knowledge Questionnaire

**TSQ** - Triage Skill Questionnaire



## RESUMO

A tomada de decisão na triagem é uma habilidade essencial aos enfermeiros dos serviços de urgência. Cabe ao enfermeiro triador priorizar todos os doentes que aí são admitidos e garantir o adequado atendimento em função da gravidade da situação clínica. A incerteza e complexidade deste contexto de trabalho exigem a presença de enfermeiros com capacidade de tomar decisões rápidas e eficazes.

O objetivo deste estudo foi validar para a população portuguesa o instrumento Triage Decision Making Inventory (TDMI), que permite medir as perceções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência.

O questionário foi aplicado a 232 enfermeiros triadores de serviços de urgência do centro e sul de Portugal.

Para a concretização do objetivo foi realizada a validação cultural e linguística do TDMI, seguida da validação de conteúdo através da análise fatorial. Da análise fatorial emergiram três fatores, que explicaram 46,69% da variância e originaram as subescalas: características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico. A consistência interna foi avaliada através do coeficiente de *alfa de Cronbach*, tendo-se obtido um valor excelente para a globalidade do TDMI.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de anos de exercício profissional, o número de anos de exercício profissional na urgência e o score do TDMI, o que permitiu concluir que estas variáveis sociodemográficas contribuem para o desenvolvimento das características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico.

O TDMI foi considerado um instrumento válido e fiável para a população portuguesa.

**Palavras-chave:** tomada de decisão na triagem; enfermeiro triador; validação do TDMI



## ABSTRACT

The triage decision making is an essential skill for nurses in emergency departments. Triage nurses prioritize all patients who are admitted there to ensure reliable treatment, depending on the seriousness of clinical situation. The uncertainty and complexity of the workplace require nurses with the ability to make quick and effective decisions.

The purpose of this study was to validate to portuguese population the instrument Triage Decision Making Inventory (TDMI), which measures nurses perceptions on their ability to make triage decision in emergency departments.

The questionnaire was applied to 232 triage nurses of emergency departments of the center and south of Portugal.

To achieve the purpose of this study was held cultural and linguistic TDMI validation, and the content validity through principal component factor analysis. Three factors emerged from factor analysis that explain 46.69% of the variance and yielded the subscales: cognitive characteristics and skill confidence, intuition and critical thinking. Internal consistency was assessed using *Cronbach's alpha* coefficient, yielding excellent value for the overall TDMI.

Statistically significant differences were found between the number of years of professional experience, the number of years of professional experience in emergency department and the TDMI score, which allowed concluding that these socio demographic variables contribute to the development of cognitive characteristics and skill confidence, intuition and critical thinking.

The TDMI was considered a valid and reliable instrument for the Portuguese population.

Keywords: Triage decision making; triage nurse; TDMI validation



## ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

	Pág.
Fluxograma 1– Validação cultural e linguística do TDMI.....	63

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Scree Plot.....	69

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Categorias da Triagem de Manchester.....	30
Quadro 2 – Modificações conceituais dos itens do TDMI.....	61
Quadro 3 – Resultados estatísticos do teste ANOVA entre o Score do TDMI e o tempo de exercício profissional.....	81
Quadro 4 – Resultados estatísticos do teste t de student entre o score do TDMI e o número de anos de exercício profissional na urgência.....	83



## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Número de questionários entregues por nível de urgência.....	53
Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual das características sociodemográficas (N=232) .....	55
Tabela 3 – Versão final traduzida do TDMI.....	64
Tabela 4 – Valores de referência do KMO.....	68
Tabela 5 – Resultados estatísticos do KMO e teste de Bartlett para o TDMI.....	68
Tabela 6 – Itens da subescala características cognitivas e confiança na habilidade.....	70
Tabela 7 – Itens da subescala intuição.....	71
Tabela 8 – Itens da subescala pensamento crítico.....	71
Tabela 9 – Matriz de saturação dos itens nos fatores para a solução rodada ortogonal de tipo Varimax com normalização de Kaiser para três fatores (N=232).....	72
Tabela 10 – Resultados estatísticos da homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de <i>Cronbach</i> da TDMI (36 itens) (N=232).....	74
Tabela 11 – Resultados estatísticos da consistência interna das subescalas do TDMI.....	75
Tabela 12 – Resultados descritivos das subescalas e global do TDMI (N=232).....	76
Tabela 13 – Resultados descritivos da subescala “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade (N=232).....	77
Tabela 14 – Resultados descritivos da subescala “Intuição” (N=232).....	77
Tabela 15 – Resultados descritivos da subescala “Pensamento crítico” (N=232).....	78
Tabela 16 – Resultados estatísticos do teste de correlação de Spearman subescalas e global do TDMI.....	79
Tabela 17 – Resumo dos resultados descritivos do score do TDMI.....	80

Tabela 18 –	Resultados descritivos dos scores do TDMI em relação ao número de anos de exercício profissional.....	80
Tabela 19 –	Resultados descritivos dos scores do TDMI em relação ao número de anos de exercício profissional na urgência.....	81
Tabela 20 –	Resultados estatísticos do teste de homogeneidade de variâncias.....	82

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1- TRIAGEM DE PRIORIDADES-SERVIÇO DE URGÊNCIA</b> .....	25
1.1- SISTEMAS DE TRIAGEM HOSPITALAR.....	27
1.2- IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE PRIORIDADES EM PORTUGAL – TRIAGEM DE MANCHESTER.....	31
1.3- PERFIL DO TRIADOR.....	32
<b>2- TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA</b> .....	35
2.1- TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	41
2.2- TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO TRIADOR.....	42
<b>3- ESTUDOS SOBRE A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM</b> .....	45
<b>PARTE II – METODOLOGIA</b>	
<b>1- OPÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	51
1.1- TIPO DE ESTUDO E FINALIDADE.....	51
1.2- HIPÓTESES.....	51
1.3- POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA.....	52
1.4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	55
<b>1.4.1- Triage Decision Making Inventory (TDMI)</b> .....	56
1.5- PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO CULTURAL DO TDMI..	59
1.6- PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS.....	65
<b>2- TRATAMENTO ESTATÍSTICO</b> .....	67
2.1- VALIDADE DE CONTEÚDO DO TDMI.....	67
2.2- FIABILIDADE DO TDMI (36 ITENS).....	73

2.3-	RESULTADOS DESCRITIVOS TDMI.....	75
2.4-	CORRELAÇÕES ENTRE AS SUBESCALAS E O GLOBAL DO TDMI....	78
2.5-	SCORE DO TDMI.....	79
<b>3-</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
<b>4-</b>	<b>LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....</b>	<b>91</b>
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>

## **ANEXOS**

- ANEXO I –** TDMI versão em língua inglesa
- ANEXO II –** Fotocópia do documento de autorização para aplicar e validar o TDMI pela autora
- ANEXO III –** Fotocópia do documento de autorização após retradução do TDMI pela autora
- ANEXO IV –** TDMI versão em língua portuguesa aplicada aos enfermeiros triadores
- ANEXO V –** Fotocópias dos documentos de autorização dos hospitais para aplicação do TDMI
- ANEXO VI –** Fotocópia do parecer da comissão de ética do Centro Hospitalar do Médio Tejo

## INTRODUÇÃO

Diariamente a população recorre aos serviços de urgência por uma variedade de problemas de saúde aos quais espera obter resposta para a sua resolução. Estes serviços deparam-se com fluxos de doentes e esta afluência altera-se em função do dia e da hora. Desta forma, é fundamental que se promova o atendimento em função da gravidade da situação clínica e não pela ordem de chegada.

Ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos a nível mundial uma variedade de sistemas de triagem, de forma a dar resposta a esta necessidade. Estes sistemas permitiram a categorização dos doentes, em função da gravidade da situação clínica e necessidade de atendimento imediato.

A introdução da triagem nos serviços de urgência foi promotora de ganhos em saúde, pelo atendimento atempado e adequado às necessidades da pessoa, garantindo a segurança desta.

Em Portugal, atualmente, a maioria dos hospitais tem implementado o sistema de triagem de Manchester, que se baseia em 5 níveis de prioridade, desde o não urgente ao emergente. Este sistema veio permitir uma maior eficácia e eficiência no atendimento aos doentes urgentes e emergentes, bem como auxiliar a gestão do fluxo de encaminhamento de doentes nos departamentos de urgência (Grupo Português de triagem, 2014). Conduziu de igual forma também estes departamentos a uma reflexão sobre a sua organização, consequência de problemas detetados com a introdução de um sistema de triagem (Silva, 2009).

A entrada do doente nos hospitais realiza-se na maioria das vezes pela porta do serviço de urgência, é o profissional responsável pela triagem, aquele com quem vai estabelecer o primeiro contato. No contexto português a triagem é assumida pelo enfermeiro, cabendo a este profissional a responsabilidade de triar os doentes admitidos, através de uma avaliação rápida e tomada de decisão sobre a prioridade a atribuir. Cone (2000), evidencia que a avaliação do doente na triagem exige que o enfermeiro pense de forma crítica, para uma tomada de decisão correta.

A autora acrescenta, ainda, que o objetivo da triagem é identificar o processo de lesão ou doença e prevenir e minimizar efeitos prejudiciais, através de uma rápida avaliação

e tomada de decisão, cabendo ao enfermeiro avaliar as queixa e sintomas para que o tratamento adequado seja proporcionado em tempo oportuno.

A triagem em Portugal é uma intervenção autónoma do enfermeiro, auxiliada por algoritmos de decisão. Trata-se de um processo cognitivo complexo que requer, de acordo com Silva (2009), capacidade de interpretação, discriminação e avaliação.

A tomada de decisão é essencial e integra a prática diária do enfermeiro. O juízo clínico, relativo à avaliação e prescrição de intervenções ao doente, requer pensamento e intuição e ambos têm que ser baseados em conhecimento e competências profissionais (Manchester Triage Group, 2006). É fundamental que os enfermeiros triadores tenham formação em triagem e na área da urgência/emergência, para que adquiram um conjunto de conhecimentos e habilidades necessários à sua tomada de decisão.

A nossa experiência profissional, no serviço de urgência ao longo de vários anos, permitiu-nos construir a noção de que esta área de atuação impõe ao enfermeiro responsabilidades e um acréscimo de stress pela consciência da relevância da sua intervenção. A correta realização da triagem e conseqüente estabelecimento de um adequado tempo de espera para observação médica, encaminhamento do doente quando o fluxo destes é elevado, são cruciais no salvar de uma vida. Com o tempo percecionámos ser uma área de intervenção que alguns enfermeiros tentam evitar, pela dificuldade de gestão da informação, organização e tomada de decisão.

Um estudo de Chung, realizado em 2005, no qual o autor explorou a experiência, dos enfermeiros de emergência na tomada de decisão na triagem, o mesmo concluiu que, os enfermeiros triadores têm atitudes positivas relativas à sua ação, no entanto, reportam algumas dificuldades neste processo, demonstrando sentimentos de incerteza e sensação de risco, quando confrontados com decisões relativas a doentes com sintomas “boderline” e quando os tempos de espera são elevados.

A relevância que atribuímos ao exercício neste campo e a percepção das dificuldades experienciadas pelos pares motivaram-nos à realização deste trabalho de investigação, no campo da triagem, especificamente sobre as percepções dos enfermeiros relativamente à sua habilidade de tomada de decisão. O trabalho insere-se no âmbito do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a sua consecução recorreremos à utilização de uma escala em língua estrangeira (Inglês), uma vez que não foi encontrada em língua portuguesa nenhuma que avaliasse o que pretendíamos. Tínhamos como propósito avaliar como os enfermeiros

percecionavam a sua habilidade de tomar decisões na triagem em situação de emergência. A inexistência, como referimos, de uma escala que permitisse esta avaliação levou-nos a optar pelo TDMI (Triage Decision Making Inventory). Constituindo assim o objetivo geral **“validar para a população portuguesa o instrumento, TDMI, que permite medir as percepções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência”**.

Esta dissertação está estruturada em duas partes fundamentais. A primeira parte é destinada ao enquadramento teórico, referente ao conceito de triagem, sua evolução histórica, sistemas de triagem, a triagem em Portugal e o perfil do triador. Fizemos também o enquadramento teórico da tomada de decisão do enfermeiro em geral, em situação de emergência e na triagem. Terminamos esta parte com a apresentação de estudos relacionados com a tomada de decisão na triagem, que permitiram compreender melhor algumas dimensões em seu redor.

Na segunda parte descrevemos a metodologia, assim como as etapas de adaptação e tradução do questionário e apresentamos os resultados e respetiva discussão. Na sua parte final, apresentamos as limitações do trabalho e as principais conclusões.



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1- TRIAGEM DE PRIORIDADES-SERVIÇO DE URGÊNCIA

A triagem de prioridades, tal como se conhece, evoluiu gradualmente de forma a responder às necessidades sentidas pelos serviços de saúde na categorização dos doentes, de acordo com a gravidade do seu quadro clínico e necessidade de atendimento imediato.

A palavra triagem tem origem no verbo Francês *trier* que significa separar. Modernamente, a palavra tem sido usada associada à indústria da madeira no século XVIII (Beveridge 2000 citado por Silva, 2009) e do café no século XIX (Barnes 1997 citado por Silva, 2009).

A prática da triagem ligada à saúde emergiu a partir das guerras. Foi documentada pela primeira vez, associada às guerras napoleónicas onde um médico, chefe militar, desenvolveu um sistema de classificação das vítimas que consistia em identificar quais os soldados que tinham ferimentos menores para que pudessem voltar ao campo de batalha mais rapidamente com o menor tratamento, o objetivo era militar e não médico (Hogan e Burstein, 2007; Australian College of Critical Care Nurse, 2012).

Os protocolos de triagem foram vindo a ser melhorados pelos cirurgiões militares ao longo do tempo, com o objetivo de melhorar a assistência aos feridos no campo de batalha e foi durante a primeira guerra mundial, que surgiu a utilização do termo triagem pela primeira vez (Iserson & Moskop, 2007). O conceito de triagem surgiu assim associado a cenários multivítimas, tratava-se de situações de exceção em que existia uma desproporção entre as necessidades de cuidados de saúde e a resposta dos serviços.

Os protocolos de triagem permitiam avaliar as condições das vítimas, classificá-las e determinar a prioridade de atendimento. O objetivo era fazer o melhor, para que o maior número de vítimas sobrevivesse, minimizando assim a mortalidade (Oliveira, Thomaz & Martuchi, 2011).

Ao longo do tempo, com o desenvolvimento organizado dos sistemas de saúde no mundo ocidental, por volta dos anos 90, a triagem emerge nos serviços de urgência particularmente nos Estados Unidos, Reino Unido e Europa (Steel, 2005)

O mesmo autor ao referir-se à introdução da triagem nos sistemas de saúde modernos faz referência a três fases. Numa primeira fase a triagem pré-hospitalar de forma a organizar os recursos disponíveis, ambulâncias e equipas médicas. Numa segunda a triagem no cenário da ocorrência pelos profissionais de saúde do pré-hospitalar. E por fim, a triagem à chegada aos serviços de urgência.

Atualmente a triagem surge como uma componente fundamental nos departamentos de emergência já que, nestes contextos, podem ser admitidos, em simultâneo, um grande número de doentes com uma ampla gama de problemas. A carga de trabalho varia de dia para dia, de hora para hora, dependendo do fluxo de doentes pelo que é essencial que haja um sistema que garanta que aqueles são vistos em função das suas necessidades clínicas, e não da ordem de atendimento (Wiley, 2014). O autor defende que a triagem é um sistema de gestão do risco clínico empregue nos departamentos de emergência para gerir o fluxo de doentes de forma segura, quando as necessidades clínicas excedem a capacidade de resposta. A triagem é entendida como a priorização do atendimento baseado na situação clínica, severidade, prognóstico e disponibilidade de recursos (Mace & Mayer, 2007; Manchester Triage Group, 2014). O objetivo é garantir que o atendimento ao doente é feito de acordo com a gravidade da situação clínica, com as necessidades do mesmo, os recursos disponíveis, em tempo oportuno. A triagem permite o encaminhamento do doente para as áreas de avaliação e tratamento apropriadas (Australasian College for Emergency Medicine, 2013).

Desta forma a implementação da triagem nos serviços de urgência veio auxiliar as instituições na gestão do risco clínico, melhorando a qualidade do atendimento dos doentes admitidos nestes serviços.

Em Portugal, os serviços que tratam de situações urgentes e emergentes assumem a denominação de serviços de urgência, contrariamente aos países anglo saxónicos em que este tipo de serviços é intitulado de serviços de emergência (Machado, 2008). O mesmo autor refere que, tendo em conta a terminologia portuguesa, o conceito urgência engloba o de emergência, no entanto, o mesmo não se pode afirmar quanto ao inverso.

O despacho do gabinete do ministro da saúde nº 18459/2006 vem clarificar estes termos e confirmar a tendência portuguesa, sendo que define emergência e urgência médicas como situações clínicas de instalação súbita nas quais, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso, ou falência, de uma ou mais funções vitais.

A procura pelos serviços de urgência tem vindo a aumentar mundialmente nas últimas décadas, o que conduziu à necessidade de elaborar sistemas de triagem de prioridades, com o objetivo de organizar o excesso de admissões nestes serviços, identificando os doentes com necessidade de atendimento imediato e aqueles que, de forma segura, podem aguardar (Costa, Dura e Lima, 2012)

Segundo Machado (2008), o excesso de procura dos serviços de urgência gera problemas de gestão de difícil resolução, comprometendo a qualidade e segurança no atendimento.

A triagem surge nos dias atuais e, de acordo com FitzGerald et al. (2009), como um processo fundamental para uma gestão eficaz nos departamentos de emergência modernos, sendo assim uma ferramenta que permite organizar, monitorizar e avaliar estes departamentos.

A triagem de prioridades é uma etapa fundamental na abordagem e gestão de doentes que recorrem aos serviços de urgência, dada a escassez de recursos disponíveis face ao número de doentes admitidos. Quando um doente recorre ao serviço de urgência e não tem acesso imediato a cuidados clínicos, é necessário que exista uma ordem de atendimento (Farrokhnia & Göransson, 2011).

#### 1.1- SISTEMAS DE TRIAGEM HOSPITALAR

Como referimos anteriormente, foi a afluência de doentes aos serviços de urgência que levou ao desenvolvimento de metodologias de organização, tendo em conta a gravidade da situação clínica e a necessidade de tratamento imediato. Os sistemas de triagem emergem como uma ferramenta de gestão de doentes por níveis de prioridade.

Estes são desenhados para proporcionar equidade e eficiência na utilização de recursos, determinando quem não será prejudicado por esperar mais tempo pelo atendimento clínico e quem necessita de atendimento imediato, com o objetivo de alcançar o melhor resultado para o doente (FitzGerald et al., 2009).

Na mesma linha de pensamento, Santos, Freitas e Martins (2012) enfatizam que estes sistemas têm como finalidade direta proporcionar a melhor assistência clínica aos doentes emergentes e garantir que os recursos existentes são aplicados de forma eficiente.

Independentemente do sistema de triagem em uso o objetivo, de todos os sistemas é reduzir a mortalidade intra-hospitalar e minimizar o tempo de tratamento, tempo de

permanência e utilização dos recursos (Weyrich, et al., 2012). Neste sentido a avaliação na triagem deve ocorrer entre dois a cinco minutos, sendo fundamental encontrar um equilíbrio entre a rapidez e o rigor (Australian College for Emergency Medicine, 2013). A triagem é o primeiro ponto de contacto do público com os serviços de saúde.

Ao longo dos anos emergiram diferentes sistemas de triagem. Assim, os modelos de triagem estruturados, usados nos serviços de urgência são vários e com diferentes metodologias. Num estudo realizado por Christ et al. (2010), com o objetivo de identificar os instrumentos utilizados na triagem moderna e avaliar a sua validade e confiabilidade, os autores concluíram que os sistemas de cinco níveis são métodos mais válidos e confiáveis de avaliação da gravidade dos utentes admitidos nos departamentos de emergência, sendo superiores aos sistemas de três níveis.

Também o Manchester Triage Group (2014), refere que, com o desenvolvimento da prática clínica nos últimos vinte anos, as escalas de triagem de cinco níveis estabeleceram-se em todo o mundo, mantendo-se o conceito de prioridade clínica atual.

Christ et al. (2010) e Weyrich et al. (2012) identificaram quatro sistemas de triagem de cinco níveis, aceites internacionalmente: ESI- Emergency Severity Index; ATS- Australasian Triage Scale; MTS- Manchester Triage System- Reino Unido e a CTAS- Canadian Triage and Acuity Scale

- **ESI- Emergency Severity Index**

O ESI é um algoritmo de triagem de cinco níveis desenvolvido nos Estados Unidos por volta dos anos 90. A decisão da prioridade do tratamento é baseada na gravidade da doença e nos recursos necessários expectáveis (Christ et al., 2010).

Este sistema de triagem guia o utilizador na realização de questões adequadas ao tipo de informação pretendida. Contém quatro pontos de decisão sobre os quais os enfermeiros treinados fazem questões específicas, que são:

A- O doente requer intervenção *life saving* imediata?

B- Este é um doente que pode esperar?

C- Que quantidade de recursos este doente vai necessitar?

D- Quais são os sinais vitais do doente? (Faen et al., 2012)?

Assim, enquadram-se no nível 1 doentes com situações de risco de vida que requerem avaliação e intervenção clínica imediata. São categorizados no nível 2 os doentes com

potencial risco de vida (ex. dor torácica em síndromas coronários agudos, inconsciência, etc.) pelo que não podem esperar por observação médica (Christ et al., 2010).

A categorização dos doentes nos níveis 3 a 5, após resposta negativa aos primeiros dois pontos de decisão, é definida pela quantidade de diferentes recursos que o doente irá necessitar (serviços hospitalares, análises, procedimentos, consultas e intervenções) e pelos resultados da avaliação dos sinais vitais.

Os doentes que se enquadram no nível 3, previsivelmente, requerem 2 ou mais recursos. Um doente que requer um consumo 0 de recursos será classificado no nível 5 (Faen et al., 2012)

#### ▪ **ATS- Australasian Triage Scale**

A ATS é usada pelos departamentos de emergência na Austrália desde 1994.

Esta é uma escala que baseia a decisão em função do risco clínico e gravidade dos sintomas, tendo como foco principal as alterações fisiológicas existentes. A partir da colheita de dados, da história da doença ou lesão apresentada, é formulado um juízo inicial e é baseada uma decisão na aparência geral, focalizada na história e nos dados fisiológicos (Australian Government - Department of Health and Ageing, 2007).

O nível de prioridade atribuído define o tempo máximo que o doente deverá esperar pela avaliação clínica e tratamento. Este sistema integra uma escala constituída por cinco categorias:

- 1- Imediato (avaliação e tratamento em simultâneo)
- 2- Avaliação e tratamento em 10 minutos
- 3- Avaliação e tratamento em 30 minutos
- 4- Avaliação e tratamento em 1 hora
- 5- Avaliação e tratamento em 2 horas.

Para cada categoria existe uma lista de discriminadores clínicos, considerados apenas como indicadores. A avaliação dos parâmetros fisiológicos objetivos é considerada um critério único de categorização na ATS.

A característica clínica identificada como mais urgente determina a categoria da ATS e, se for identificado alto risco, deverá existir uma resposta proporcional a essa urgência (Australasian College for Emergency Medicine, 2013).

#### ▪ **MTS- Manchester Triage System- Reino Unido**

O Grupo de Triage de Manchester teve início em 1994, com o objetivo de estabelecer consenso entre os enfermeiros séniores e os médicos dos departamentos de emergência, relativamente aos padrões de triagem (Manchester Triage Group, 2014)

A primeira edição do manual de triagem foi publicada em 1997, no final desse ano, o sistema de triagem de Manchester tornou-se internacional (Grupo Português de Triage, 2014).

Aquele sistema permite identificar a prioridade clínica e definir um tempo alvo de atendimento até à primeira observação médica. O objetivo é identificar critérios de gravidade, não se pretende elaborar diagnósticos. Identifica-se a queixa inicial que leva à escolha de um fluxograma de decisão de entre os 52 possíveis. O fluxograma contém uma serie de questões a serem colocadas de forma ordenada que constituem os chamados discriminadores. Estes podem ser gerais (risco de vida, dor, hemorragia, grau de consciência, temperatura e o facto de se tratar, ou não, de uma situação aguda), ou específicos para a situação em causa (por exemplo, oftalmológica). Perante a resposta positiva a um discriminador, é determinada a prioridade clínica (Manchester Triage Group, 2014).

O doente é classificado numa das 5 categorias (quadro nº 1), que se encontram identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a primeira observação médica (Manchester Triage Group, 2014).

**Quadro 1 - Categorias da Triage de Manchester**

<b>Nº</b>	<b>Categoria</b>	<b>Cor</b>	<b>Tempo alvo atendimento</b>
1	Emergente	Vermelho	0"
2	Muito urgente	Laranja	10"
3	Urgente	Amarelo	60"
4	Pouco urgente	Verde	120"
5	Não urgente	Azul	240"

À escala inicial foi acrescentada uma sexta categoria à qual é atribuída a prioridade branca, que corresponde aos doentes não classificáveis (por ex. um doente que vem por indicação médica para uma reavaliação).

O MST integra também um sistema de triagem em catástrofe, apresentando dois fluxogramas para este efeito (catástrofe - avaliação primária e catástrofe – avaliação secundária). Esta particularidade permite a sua aplicação no quotidiano dos serviços de urgência e também em situações de exceção (Silva, 2009).

#### ▪ **CTAS- Canadian Triage and Acuity Scale**

A CTAS foi baseada na ATS e foi desenvolvida em 1999 por médicos emergencistas no Canadá. Este modelo possui uma lista extensa de apresentação de queixas clínicas e sintomas que é usada para determinar o nível de triagem (Christ et al., 2010).

É uma escala que também prevê 5 níveis, que estabelecem tempos alvo de atendimento:

- 1- Ressuscitação (imediato)
- 2- Emergente (menor ou = a 15 minutos)
- 3- Urgente (menor ou = a 30 minutos)
- 4- Pouco urgente ou semi-urgente (menor ou = a 1 hora)
- 5- Não urgente (maior ou = a 2 horas) (Lee et al, 2011)

De acordo com este sistema a triagem deve ser repetida após um tempo definido ou sempre que a pessoa apresente alterações na sintomatologia (Christ et al., 2010).

Embora aplicando metodologias diferentes, os sistemas de triagem mais utilizados a nível mundial e validados cientificamente têm o objetivo comum de categorizar os doentes admitidos nos serviços de urgência, não por ordem de chegada, mas por gravidade clínica, definindo tempos alvo de observação e atendimento clínico e facilitando a gestão de doentes e o seu encaminhamento nestes serviços.

Os sistemas de triagem englobam algoritmos de decisão com opções estruturadas que facilitam o raciocínio clínico e promovem uniformidade de critérios (Silva, 2009).

### 1.2- IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE PRIORIDADES EM PORTUGAL – TRIAGEM DE MANCHESTER

A necessidade de separar as situações de doentes emergentes e urgentes das restantes impulsionou a implementação de um sistema de triagem em Portugal, com o objetivo de proporcionar equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Em Portugal, foi adotado o sistema de triagem de Manchester, que foi introduzido pela primeira vez no ano 2000, no Hospital Geral de Santo António e no Hospital Fernando

da Fonseca, os quais aderiram a este projeto, em simultâneo, e têm-no em vigor desde então, devidamente credenciado e autorizado pelos autores.

Estes hospitais foram pioneiros na introdução do sistema de triagem de prioridades em Portugal. Ao longo dos anos trabalharam em colaboração fazendo-o evoluir para 81 locais, com representação nacional, quer no setor público quer no privado, incluindo todos os hospitais polivalentes e distritais com departamentos de urgência (Grupo Português de Triagem, 2014a).

O despacho ministerial 19124 de 17 de Agosto de 2005 veio determinar a implementação de um protocolo de triagem de prioridades em todos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Em 2000 foi constituído o Grupo Português de Triagem que foi formado pelo Grupo de Triagem de Manchester tendo ficado a "...seu cargo a divulgação, formação, e auditoria. Controlo da formação, implementação, manutenção do sistema, uniformização dos registos, preparação de formadores e auditores, credenciação de hospitais que cumpram as normas" (Grupo Português de Triagem, 2014b, p.2).

Neste momento o sistema de triagem de Manchester é utilizado em 98,5% dos serviços de urgência nacionais e cerca de 4500 médicos e enfermeiros têm formação formal acreditada pelo grupo de triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2014a).

### 1.3- PERFIL DO TRIADOR

A maioria dos sistemas de triagem, de acordo com FitzGerald et al. (2009) conta com enfermeiros experientes para realizar a triagem. Existe evidência de acordo com os mesmos autores, que a eficácia da triagem está associada à experiência, em emergência, do enfermeiro triador.

A triagem é considerada pelo College of Emergency Nursing Australasia (2009) uma atividade autónoma do enfermeiro, essencial à segurança e prestação de cuidados emergentes. Acrescenta ainda, que o enfermeiro deverá demonstrar capacidade de pensamento crítico em ambientes em que a informação é limitada, incompleta e ambígua, o que requer um processo cognitivo complexo na tomada de decisões clínicas

Os enfermeiros triadores devem ter a capacidade de tomar decisões corretas num curto espaço de tempo e, muitas vezes, num ambiente psicologicamente agitado (Cone & Murray (2002). O raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a

formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição são requisitos para a realização do processo de triagem de prioridades (Manchester Triage Group, 2014).

Para o College of Emergency Nursing Australasia a capacidade do enfermeiro para triar de forma eficaz depende de amplos conhecimentos e experiência e de decisões baseadas na evidência, pelo que deve ser realizada por profissionais experientes e treinados (College of Emergency Nursing Australasia, 2009).

Cone & Murray num estudo realizado em 2002 relativamente à perspetiva dos enfermeiros especialistas sobre as características, os conhecimentos, a tomada de decisão e a preparação dos enfermeiros triadores concluíram que a intuição, as habilidades de avaliação, boa comunicação e o pensamento crítico, são características fundamentais do enfermeiro triador. Os participantes do estudo verbalizaram a necessidade de formação formal e experiência em emergência, assim como a importância do reforço positivo em relação às decisões tomadas na triagem. A este respeito a Emergency Nurses Association (2011), salienta que a formação básica em enfermagem não prepara, adequadamente, os enfermeiros para a complexidade do papel de triador. Acrescenta que o tempo e a experiência em emergência, por si só, não garantem que o enfermeiro esteja preparado para fazer triagem. O desempenho do papel de triador com precisão e competência exige formação específica em triagem e a demonstração de qualidades necessárias a uma triagem eficaz. Esta associação reforça a necessidade de formação adicional que melhore os conhecimentos, as habilidades e atitudes do enfermeiro triador tais como: cursos de reanimação cardiopulmonar e suporte avançado de vida, de emergência pediátrico, de trauma e formação em emergência geriátrica. A formação é fundamental para o enfermeiro triador realizar uma abordagem metódica, baseada na evidência, já que este é o primeiro profissional a intervir em situações de emergência. A este respeito, Aloyce et al. (2013) enfatizam a influência do conhecimento na tomada de decisão.

Relativamente ao repertório de habilidades e conhecimentos que o enfermeiro triador deve deter para e no exercício do papel a Emergency Nurses Association (2011), defende que para este profissional ser bem-sucedido deve possuir: uma base de conhecimento diversificada, fortes habilidades interpessoais, de pensamento crítico, comunicação, tomada de decisão rápida e correta, capacidade de conduzir uma breve entrevista focalizada, de avaliação física, de se manter focado na realização de multitarefas, realizar educação para a saúde durante o processo de triagem, trabalhar sobre períodos de stress intenso, em colaboração com os elementos da equipa multidisciplinar, ser capaz de delegar responsabilidades de forma adequada,

comunicar com o doente e família e compreender as suas expectativas e preocupações culturais e religiosas (Emergency Nurses Association, 2011).

Este organismo refere, ainda, que cabe aos chefes do departamento de emergência proporcionar formação apropriada e garantir que o enfermeiro revela qualidades adicionais para ser um triador competente. Pode dizer-se face ao referido pelos autores, que o exercício do papel de triador implica conhecimento e habilidades que exigem formação e treino.

## 2- TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA

O processo de triagem ao envolver a categorização dos doentes, priorização dos cuidados e a alocação de recursos, implica julgamento clínico e tomada de decisão. Dowie (1993), citado por Thompson & Dowding (2002), distingue os conceitos de tomada de decisão e julgamento clínico, referindo-se ao julgamento como uma avaliação das diferentes alternativas possíveis e à tomada de decisão como a escolha entre essas alternativas. Em saúde estes conceitos estão intimamente relacionados, não podendo ser separados (Dowding & Thompson 2003). Como defende Neves (2005, p.4), "...boas decisões dependem sempre de bons julgamentos".

No processo de tomada de decisão o enfermeiro mobiliza processos de raciocínio, estratégias e métodos na operacionalização dos seus conhecimentos para tomar a melhor decisão (Neves, 2005). Através do processo, interpreta, discrimina e avalia a informação recolhida sobre o doente e avalia criticamente a ação após a decisão (Manchester Triage Group, 2014).

*Na realidade "a tomada de decisão é um processo complexo e muito abrangente, onde temos de analisar diversos fatores e fazer a combinação das mais diversas e variadas possibilidades. Antes de tomarmos qualquer decisão pomos em causa uma infinidade de agentes externos e internos, pois, temos de ter em consideração todos os custos e benefícios dessa mesma tomada de decisão"* (Calado, Marques & Pinto, 2007, p. 5).

A tomada de decisão clínica do enfermeiro tem como finalidade, de acordo com Nunes (2006), agir de forma a dar resposta às necessidades das pessoas. Segundo a mesma autora não escolher ou abster-se de escolher é, só por si, uma escolha, logo a decisão está implícita em toda a nossa atividade.

A tomada de decisão pode ser influenciada por fatores contextuais e individuais, pois a maioria das decisões são tomadas em contextos complexos, pouco facilitadores, dinâmicos e com informação escassa e subtil, apesar de serem decisões que exigem conhecimento e habilidades (Jesus, 2006). Relativamente aos fatores contextuais consideram-se os que estão ligados à natureza e ao contexto da atividade. Nos fatores individuais incluem-se o conhecimento e a experiência do indivíduo.

## ▪ **Conhecimento**

Como ficou patente no capítulo anterior, o conhecimento é um fator determinante no processo de tomada de decisão. Para Pinto, (2006) é o conhecimento técnico-científico que serve de base aos processos de decisão e, posteriormente é explicativo dos argumentos, dando credibilidade ao produto do raciocínio. No entanto, o conhecimento necessita de remodelação e modulação constantes, em conformidade com os aspectos contextuais e metodológicos inerentes a cada situação específica.

O mesmo autor implica a exigência da responsabilização das decisões tomadas pelos enfermeiros quando derivadas do conhecimento.

## ▪ **Experiência profissional**

A experiência profissional constrói-se ao longo do tempo, através das situações vivenciadas pelos enfermeiros na sua prática clínica diária. Desta forma, o conhecimento prático adquire-se com a experiência profissional, mas nem sempre os enfermeiros dão conta dos seus progressos. É necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, para que possa ser desenvolvido e melhorado (Benner, 2001).

Segundo a autora, as capacidades mais minuciosas que os enfermeiros possam possuir são, na sua maioria, resultado de muitas horas de cuidados e de observação do doente. Diz-nos ainda que (2001, p.61), “ A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.”

Embora a experiência profissional seja um fator importante na tomada de decisão, pois ela estabelece a diferença qualitativa entre enfermeiros iniciantes e experientes (Gunnarsson & Stomberg (2009), o mecanismo de recuperar as experiências anteriores constrói-se reconhecendo os protótipos existentes na memória de situações experienciadas previamente e os dados apresentados no momento (Cioffi, 2000).

Ao longo do tempo a tomada de decisão tem sido alvo de estudos, originando o desenvolvimento de modelos e teorias que procuram compreender os processos cognitivos envolvidos neste processo.

Segundo Thompson e Dowding (2002) as teorias de julgamento e tomada de decisão podem ser subdivididas em três categorias: normativas, descritivas e prescritivas.

As teorias normativas defendem que o indivíduo, de forma lógica e racional, se concentra na forma como as decisões devem ser feitas no mundo real, baseando-se normalmente em abordagens estatísticas.

Já as teorias descritivas procuram descrever como é que os indivíduos chegam aos seus julgamentos e tomadas de decisão, ou seja, procuram entender o processo de tomada de decisão.

As teorias prescritivas têm como finalidade melhorar os julgamentos e tomadas de decisão, analisando a forma como os indivíduos realmente fazem os seus julgamentos e decisões.

Jesus (2006) reportando-se a Lucker et al. (1998), refere que o processo de tomada de decisão do enfermeiro assenta em duas vertentes: a analista, positivista ou racionalista e a intuitiva. Enquanto alguns autores defendem a tomada de decisão objetiva, resultante de um processo linear, outros defendem os processos de tomada de decisão baseados na intuição. Subjacentes às duas vertentes estão os modelos normativos e descritivos. Estes últimos são os mais mencionados na enfermagem.

Apesar das diferenças destes modelos, segundo Jesus (2006), vários autores, defendem a conciliação de modelos cuja aplicação deverá atender a múltiplos fatores, nomeadamente, a natureza do problema/situação, contexto, recursos disponíveis e a natureza intrínseca dos intervenientes no processo de decisão.

Para Thompson & Dowding (2002) os processos de decisão situam-se num ponto intermédio entre os modelos analíticos e os intuitivos, sendo estes os pólos de um contínuo. Esta premissa sustentou o desenvolvimento de uma teoria que os autores designaram por “contínuo cognitivo”.

A estrutura, a quantidade de informação presente e o tempo disponível para a tomada de decisão, são fatores que influenciam a escolha do método (Thompson & Dowding, 2002). Os autores referem que, caso se esteja perante uma situação pouco estruturada e exista muita informação clínica e se se dispõe de um tempo limitado para tomar uma decisão, a intuição surge como o processo cognitivo mais adequado. Se, pelo contrário, a atividade for muito estruturada, a sintomatologia escassa e se se dispuser de muito tempo para tomar uma decisão, então a escolha recai num processo cognitivo, mais analítico, o qual é mais apropriado.

No estudo desenvolvido por Lauri & Salanterä (2002), com o objetivo de criar um instrumento para medir e descrever a tomada de decisão em diferentes áreas da enfermagem, as autoras, baseadas numa extensa pesquisa da literatura, enunciaram quatro fases do processo de tomada de decisão: colheita de dados, processamento de dados e identificação do problema, plano de ação, implementação do plano, monitorização e avaliação. Este trabalho levou as autoras a concluir que os enfermeiros usam modelos diferentes de tomada de decisão e que esses modelos

variam não só na tomada de decisão em geral, mas também nas suas diferentes fases. As diferenças dos modelos de tomada de decisão dos enfermeiros, de diferentes países, foram estatisticamente significativas. Concluíram que no total da amostra, o modelo utilizado na fase referente à colheita de dados foi o intuitivo, já no que se refere ao processamento de dados e identificação do problema foi o analítico.

Lamond & Thompson (2000), citados por Jesus (2006), referem que no processo de tomada de decisão clínica em enfermagem o raciocínio analítico está presente, assim como o intuitivo, mas evidenciam a importância da componente analítica para uma prática clínica de qualidade.

Mais recentemente, a tomada de decisão em enfermagem, baseada na evidência, em enfermagem, desenvolveu-se, tornando-se um modelo presente na decisão clínica. Dowding e Thompson (2003); Thompson (2003); Thompson et al. (2004); Majid et al. (2011) e Squires et al. (2011), vieram dar relevo à importância do conhecimento e da decisão, baseada na evidência.

A tomada de decisão baseada na evidência exige a combinação do conhecimento resultante da experiência clínica, das preferências do doente e da evidência científica e envolve a escolha de uma série de opções de entre as disponíveis. Esta é baseada na ideia de que a teoria deve ser utilizada para tomar decisões na prática (Thompson et al., 2004).

É esperado que os enfermeiros usem a melhor evidência disponível nos seus julgamentos e tomadas de decisão. O modelo de tomada de decisão baseado na evidência é um processo ativo que envolve a formulação de uma questão clínica relativamente à informação disponível e a procura da evidência mais adequada para dar resposta a uma necessidade. As evidências obtidas são avaliadas de forma crítica, incorporadas numa estratégia de ação e são avaliados os efeitos das ações e decisões tomadas (Thompson et al., 2004).

Atualmente reconhece-se que o enfermeiro, ao basear a prática clínica no conhecimento científico, fá-lo para que as suas decisões possibilitem os melhores cuidados ao indivíduo, família e comunidade.

Apesar da diferente terminologia encontrada na literatura sobre o processo de tomada de decisão, Jesus (2006) conclui que caminhamos para a conciliação dos vários modelos e, embora, existam diferenças teóricas e conceptuais, estas são consideradas como fazendo parte de um contínuo de decisão, que, em conjunto definem um modelo explicativo do processo cognitivo, utilizado pelos enfermeiros na sua prática clínica.

Segundo o Manchester Triage Group (2014) no processo de tomada de decisão podem ser usadas um conjunto de estratégias, referidas anteriormente, tais como: raciocínio; reconhecimento de padrões; formulação de hipóteses; representação mental e intuição.

- **Raciocínio**

O pensamento crítico envolve dois tipos de raciocínio, o indutivo e o dedutivo. O indutivo contempla a capacidade de considerar todas as alternativas de forma a tomar uma boa decisão sobre os cuidados necessários e é particularmente útil aos profissionais com menos experiência. Já o raciocínio dedutivo está associado à prática especialista e engloba a capacidade de, rapidamente, separar a informação relevante da irrelevante para tomar uma decisão (Manchester Triage Group, 2014).

Jesus (2006) refere a importância e influência da habilidade de pensar de forma crítica na decisão clínica em enfermagem. O pensamento crítico surge na enfermagem como um elemento essencial na prática clínica, uma vez que, cada vez mais, os enfermeiros são confrontados com mudanças nos sistemas de saúde e na natureza dos problemas dos doentes, os quais são cada vez mais complexos, e exigem conhecimentos, habilidades e julgamentos baseados no pensamento crítico (Moore & Pastirik, 2006).

Chaffe (2000) citado por Brunt (2006) define-o como uma forma de dar sentido ao mundo, examinando o processo de pensamento com a finalidade de esclarecer e melhorar a nossa compreensão. Este autor considera que o pensamento crítico envolve os seguintes componentes: pensar de forma crítica, explorar de forma cuidadosa, pensamento independente, explorar as situações de uma diferente perspectiva, e juntar a discussão organizada de ideias.

Para Seymour et al. (2003) o pensamento crítico é uma atividade intencional, que envolve estratégias, como a resolução de problemas, em que importa considerar fatores contextuais e pessoais, e não limitar o pensamento crítico à estratégia de raciocínio.

O pensamento crítico ocorre em paralelo com as diferentes fases do processo de tomada de decisão, dirigindo todo o processo e incutindo reflexão sobre a contextualização, métodos e considerações conceptuais sobre as quais os julgamentos são construídos (Pinto, 2006). Para o autor, a prática da enfermagem oculta diversos fatores que o enfermeiro processa, mentalmente, através das suas habilidades cognitivas para produzir uma decisão.

Acrescenta ainda que “A tomada de decisão deverá ter como cenário o pensamento crítico, pois só ele garante a defensabilidade dos nossos atos, a adequação dos cuidados que produzimos e a responsabilidade ética e técnica das nossas atuações” (Pinto, 2006, p.12).

O pensamento crítico surge como um processo complexo que envolve a capacidade de análise, raciocínio e decisão e assume, na enfermagem, uma habilidade fundamental à prática clínica.

- **Reconhecimento de padrões**

O reconhecimento de padrões é uma estratégia utilizada na prática clínica que assume particular importância quando se pretende tomar decisões rápidas, baseadas em informações limitadas. É um método baseado na interpretação analítica do padrão de sinais e sintomas que o utente apresenta, comparando-o com casos anteriores, para chegar a uma decisão. Esta estratégia desenvolve-se com a experiência pelo que é utilizada por profissionais mais experientes. Profissionais menos experientes podem necessitar de recorrer a uma resolução consciente de problemas (Manchester Triage Group, 2014).

Pinto (2006, p.13) refere que “ A análise de situações concretas, o reconhecimento de padrões e similaridades e ainda a interpretação de fatos, são de inestimável valor para a tomada de decisão;” Acrescenta, no entanto, que estes requisitos não são, por si só, suficientes para garantir uma tomada de decisão adequada e reforça a importância da sua conjugação com o conhecimento técnico-científico.

Kings & Clark (2002) citados por Jesus (2006), referem que situações de cuidados semelhantes em utentes geram no enfermeiro sentimentos intuitivos, levando a uma resposta rápida e precisa baseada em memórias de experiências semelhantes. Acrescentam ainda que o enfermeiro perito aprende com episódios similares, respondendo aos sentimentos intuitivos com maior confiança (Manchester Triage Group, 2014).

- **Formulação de hipóteses**

A formulação de hipótese é utilizada pelos profissionais na sua prática clínica como forma de testar o seu raciocínio relativamente a um diagnóstico. É feita colheita de informação que vai permitir confirmar, ou não, uma hipótese e, assim, tomar uma decisão. O método utilizado pode ser indutivo ou dedutivo dependendo do grau de perícia (Manchester Triage Group, 2014).

- **Representação mental**

A representação mental é um método que permite simplificar a situação promovendo uma visão geral, focada na informação relevante. É uma estratégia muito utilizada quando se está perante um problema complexo. Durante o exercício profissional os profissionais usam analogias, que lhes permitem simplificar o problema e levar a novas perspetivas (Manchester Triage Group, 2014).

- **Intuição**

A intuição assume um aspeto importante no processo de tomada de decisão dos enfermeiros, essencialmente dos mais experientes e peritos e em situações pouco definidas (Kim & Clark, 2002, citados por Jesus, 2006). As autoras acrescentam que, para compreender verdadeiramente a natureza da tomada de decisão clínica do enfermeiro e o seu desenvolvimento na prática clínica, é necessário reconhecer os elementos intuitivos e analíticos presentes.

A intuição, na tomada de decisão clínica, surge como complemento do processo de raciocínio crítico e em muitas situações opera em simultâneo. O conhecimento intuitivo envolve a colheita de informação sobre uma situação ou caso concreto delimitado (Pinto, 2006). Para Paiva & Silva (2002), citados por Pinto (2006) a intuição exige conhecimentos sólidos, experiência e visão holística das situações.

Pinto (2006) considera a intuição como um processo valioso na tomada de decisão e, como tal, a sua importância não deve ser negligenciada.

Para o Manchester Triage Group (2006), a intuição é uma habilidade que se encontra a par com a perícia e muito associada à resolução de problemas quando existe escassez de informação. As decisões efetivas dos peritos combinam o conhecimento com o pensamento intuitivo e sustentam a tomada de decisão nas teorias. Este grupo reforça que, embora a intuição continue imensurável o seu valor para a prática clínica é reconhecido e está bem documentado.

## 2.1- TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Quando somos confrontados com problemas urgentes que colocam a vida da pessoa em risco, estamos perante uma crise em que é impreterível tomar uma decisão (Thompson et al., 2004).

Tomar a decisão mais adequada em emergência é um processo complexo, nem sempre fácil, que é influenciado por inúmeros fatores (Jesus, 2006). A falta de tempo

disponível, a experiência e a mobilização adequada de saberes são, segundo Nunes (2007), fatores que influenciam a tomada de decisão clínica do enfermeiro em situação de emergência, sendo que os dois últimos são os que mais contribuem para uma tomada de decisão consciente e com bons resultados.

Em emergência, o enfermeiro deve tomar decisões cruciais, exigindo estas um julgamento sólido baseado em técnicas e conhecimentos que têm de ser aplicados em escassos minutos ou mesmo segundos, Benner (2001).

A enfermagem de emergência tem vindo a mudar ao longo dos anos tornando-se cada vez mais complexa e exigente, o que implica uma formação específica na área da emergência, para uma resposta real e de qualidade à pessoa em situação de risco de vida. Deste modo, a tomada de decisão é extremamente importante, já que vai conduzir os cuidados ao doente e interferir na sua eficácia.

As situações de emergência, são as que suscitam mais inquietude, preocupação e stress nos enfermeiros, pela influência direta que as suas decisões têm na sobrevivência das pessoas. Como aludem Dolan & Holt (2008), os cuidados à pessoa em situação de emergência diferem dos cuidados noutras áreas de intervenção, pois a pessoa está numa situação crítica de doença, e frequentemente, com elevada instabilidade. A mudança rápida das condições clínicas da pessoa, gera um cenário que implica a tomada de decisão num curto espaço de tempo. As autoras supracitadas salientam que este processo exige que o enfermeiro revele, na ação, competências científicas e intuitivas.

## 2.2- TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO TRIADOR

No dia-a-dia o enfermeiro ao prestar cuidados tem de estabelecer juízos clínicos sobre as pessoas e tomar decisões. O processo de tomada de decisão acompanha o enfermeiro em toda a sua atividade e tem evoluído, procurando dar resposta a novos desafios, próprios do desenvolvimento da ciência na área da saúde.

Os serviços de urgência são confrontados com novas necessidades, quer pela elevada afluência de doentes, quer pelas situações clínicas cada vez mais graves do foro médico e cirúrgico, bem como exigências próprias da evolução das sociedades e sistemas de saúde.

Estes serviços são na sua maioria a porta de entrada dos doentes nos serviços de saúde. É o enfermeiro triador o profissional que estabelece o primeiro contacto com os doentes, sendo responsável por decidir a natureza da prioridade em termos de

emergência de cuidados que estes necessitam (Cone, 2000; Aloyce, Leshabari & Brisiewicz, 2013).

Na maioria das situações o que leva as pessoas a recorrerem ao serviço de urgência são situações pouco urgentes, não obstante a sua perceção ser contrária a este facto. Cabe ao enfermeiro triador priorizar todos os doentes que são admitidos, avaliando dados relativos à queixa/motivo de vinda à urgência. A decisão do enfermeiro triador é fundamental para que as situações emergentes sejam alvo de um atendimento imediato, potenciando a rapidez de intervenções necessárias e minimizando os riscos de saúde em doentes críticos (Cone, 2000).

A tomada de decisão na triagem é uma competência fundamental ao enfermeiro. Este, através da avaliação inicial deve ser capaz de antecipar e identificar potenciais problemas e priorizar os cuidados necessários com base numa adequada tomada de decisão (Smith & Cone, 2010)

O Manchester Triage Group (2014) define a tomada de decisão do triador como uma série de passos que conduzem a uma decisão. Este grupo faz referência a uma abordagem que segue cinco passos: identificação do problema, colheita e análise da informação relacionada com a solução, avaliação das alternativas e seleção de uma para implementar, implementação da alternativa seleccionada e, por último, monitorização da implementação e avaliação dos resultados.



### **3- ESTUDOS SOBRE A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM**

A revisão da literatura sobre a investigação no campo da tomada de decisão na triagem enfatiza a influência do pensamento crítico, experiência profissional, intuição e dos fatores cognitivos no processo.

A maioria dos estudos realizados nesta área são de natureza qualitativa e visam analisar e explorar a tomada de decisão na triagem. No entanto, alguns investigadores dirigiram a sua investigação através da metodologia quantitativa.

Os resultados do estudo de Hicks et al. (2003) sobre o pensamento crítico e a tomada de decisão na área do cuidado de enfermagem ao doente crítico, assente numa abordagem correlacional, com o objetivo de explorar a relação entre o nível de formação, a experiência na área do doente crítico, pensamento crítico e habilidades para uma tomada de decisão consistente, numa amostra constituída por 54 enfermeiros da área do doente crítico, revelaram que o pensamento crítico não está relacionado com a formação e experiência, mas mais anos de experiência aumentam a consistência na tomada de decisão. Os autores concluíram que, embora as competências sejam importantes, a experiência profissional é determinante para a capacidade de tomada de decisão. Também verificaram que a utilização do processo de decisão intuitivo resultou numa especificação mais clara, plausível e segura das intervenções.

Os autores recomendam que se proporcione mais experiência aos enfermeiros, dado que o aumento da experiência influencia de forma mais significativa a tomada de decisão, do que o nível de habilidades. Poder-se-á considerar que a exposição dos enfermeiros e enfermeiros recém-licenciados a uma variedade de experiências poderá melhorar a capacidade de tomada de decisão na triagem.

Mukhamad, Hathairat & Praneed, num estudo realizado em 2013, utilizando uma metodologia quantitativa, procuraram analisar o nível de habilidades de triagem, apreendidas pelos enfermeiros da área da emergência e a relação entre o conhecimento, a formação e a experiência profissional. A amostra foi constituída por 266 enfermeiros de hospitais públicos na Indonésia, a quem foram aplicados uma série de questionários que incluíam o Triage Knowledge Questionnaire (TKQ) e o Triage Skill Questionnaire (TSQ).

Os resultados do estudo revelaram correlações significativamente positivas entre a habilidade de triar e a experiência profissional. Sugerem que cursos de educação e formação contínua relacionados com a triagem e a gestão de situações de emergência são necessários aos enfermeiros da área da emergência com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados emergentes e a segurança do utente.

Cone & Murray (2002) optaram por uma abordagem qualitativa para descrever as características, a tomada de decisão e a preparação dos enfermeiros triadores do departamento de emergência. A amostra foi constituída por 10 enfermeiros peritos. Segundo os autores, as características consideradas pelos enfermeiros peritos, como importantes no perfil dos enfermeiros triadores, foram a intuição, a capacidade de avaliação, boa comunicação e pensamento crítico. Apesar das várias características terem sido identificadas como essenciais ao enfermeiro triador, para uma triagem efetiva foi identificado, como necessário, um mínimo de 1 ano de exercício profissional e a realização de formação formal. Também foi verbalizada a necessidade de experiência na área da emergência para novos triadores, assim como, o reforço positivo por parte dos gestores.

Chung, em 2005, utilizando um desenho de investigação qualitativo explorou a experiência na tomada de decisão na triagem dos enfermeiros de emergência através de entrevistas não estruturadas. Participaram no estudo 7 enfermeiros experientes de três diferentes departamentos de trauma e emergência de Hong Kong.

Dos resultados emergiram três categorias principais: experiência na tomada de decisão na triagem, uso da informação no processo de tomada de decisão na triagem e os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão na triagem. Embora de forma global os enfermeiros tenham uma experiência positiva da triagem, em determinadas circunstâncias sentem-se frustrados, reportando algumas dificuldades no processo de tomada de decisão.

Os enfermeiros relataram terem experienciado incerteza e sentirem-se em risco quando os utentes apresentam sintomas “borderline” e quando os tempos de espera para observação médica são prolongados, devido ao aumento do risco da situação se deteriorar. Manifestaram receio de que uma categorização incorreta do utente na triagem pudesse atrasar o tratamento ou que, em última estância, levasse à morte do utente, especialmente quando o tempo de espera para observação médica é prolongado.

Também as interrupções, limite de tempo para realização da triagem e falta de treino formal, foram identificados como fatores que influenciam o processo de tomada de decisão na triagem.

Os resultados deste estudo remeteram para o desenvolvimento de treino formal em triagem e de protocolos de tomada de decisão na área da enfermagem de emergência e trauma. Realçaram ainda a importância do reforço positivo e apoio na melhoria da capacidade de tomada de decisões.

Andersson, Omberg & Svedlund (2006) utilizando uma abordagem qualitativa através do método observacional procuraram descrever como é que os enfermeiros realizam a triagem e quais os fatores considerados durante o processo. Utilizaram uma amostra de 19 participantes. Os resultados apontam para dois tipos de fatores, os internos e os externos. Os primeiros incluíam as habilidades dos enfermeiros e capacidades pessoais. Os fatores externos integravam o ambiente de trabalho.

Nas habilidades dos enfermeiros os autores incluíram a experiência, o conhecimento e a intuição, já nas capacidades pessoais, a coragem, a confiança, a incerteza e a racionalidade. O ambiente de trabalho abrangeu a carga de trabalho e os aspetos práticos.

Patel et al. (2008) investigaram o processo da triagem, os fatores que influenciam a tomada de decisão na triagem e como é que as guidelines são usadas neste processo. A amostra foi constituída por enfermeiros do departamento de emergência pediátrica de um grande Hospital Universitário do Canadá. Na colheita de dados foi usada a observação e a entrevista semiestruturada. Os resultados demonstraram, com frequência, que as decisões de triagem são não analíticas e baseadas na intuição particularmente com o aumento da perícia. As guidelines são usadas de forma diferente pelos enfermeiros no processo de triagem. Estes resultados, de acordo com os autores, sugerem que a informação explicitada nas guidelines começa a ser implícita e utilizada na triagem, nos departamentos de emergência, conforme os enfermeiros se tornam mais experientes.

Göransson et al. (2008) desenvolveram um estudo com o objetivo de descrever e comparar as estratégias de pensamento e o processo cognitivo desenvolvido pelos enfermeiros da sala de emergência, no processo de triagem com taxas altas, e baixas de precisão na triagem. Os investigadores concluíram que os enfermeiros usam uma variedade de estratégias de pensamento, desde a recolha de informação à formulação de hipóteses. A comparação do uso de estratégias de pensamento e estrutura do

processo de triagem com base na precisão de triagem prévia dos participantes revelou apenas ligeiras diferenças.

Mais recentemente Smith et al. (2013) num estudo piloto, que visava determinar se a adição de intervenções educacionais, para além do período de ensino clínico, promovia a confiança na tomada de decisão dos estudantes de enfermagem, em final de curso. Foi utilizado um método experimental, numa amostra de 14 estudantes, constituída por três grupos, mais um grupo controlo.

As intervenções educacionais incluíram um curso de suporte avançado de vida e simulações com “debriefing”. Os estudantes que receberam ambas as intervenções revelaram diferenças significativas ao longo do tempo. Em conclusão, a aprendizagem dos estudantes de enfermagem evoluiu com a integração de tecnologia e a combinação de várias formas pedagógicas, as quais aumentam a tomada de decisão do enfermeiro triador experiente e do iniciado em situações de emergência.

## **PARTE II – METODOLOGIA**



## 1- OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo apresentamos as opções metodológicas que foram tomadas, à medida que progredíamos no estudo. As decisões tomadas alicerçaram-se na natureza da investigação, na finalidade e nos objetivos da mesma. É destas decisões que emergiu o desenho da investigação.

Na tentativa de explicitar os passos dados e de facilitar a sua compreensão, subdividimos o capítulo em seis pontos que integram a sequência pela qual trabalho foi sendo construído

### 1.1- TIPO DE ESTUDO E FINALIDADE

Trata-se de um estudo de tradução e validação de um instrumento de medida, o Triage Decision Making Inventory (TDMI) para a população Portuguesa.

A inexistência de um instrumento validado para a língua portuguesa motivou a tradução, adaptação e validação desta escala pelo que o presente estudo tem como objetivo geral:

**“validar para a população portuguesa o instrumento, TDMI, que permite medir as percepções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência”.**

E como objetivos específicos: avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a sua capacidade de tomada de decisão na triagem em situação de emergência; analisar as relações entre as características cognitivas, experiência/confiança na habilidade, a intuição, o pensamento crítico e o número de anos de exercício profissional e número de anos de exercício profissional na urgência do enfermeiro triador.

### 1.2- HIPÓTESES

Ao pretendermos analisar a influência do número de anos de exercício profissional e número de anos de exercício profissional na urgência no desenvolvimento das, características cognitivas, experiência/confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador, enunciamos a seguinte hipótese:

Hipótese de investigação: O número de anos de exercício profissional e o número anos de exercício profissional na urgência contribuem para o desenvolvimento das, características cognitivas, experiência/confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador.

### 1.3- POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Consignámos que a população alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros triadores que exercem funções em serviços de urgência.

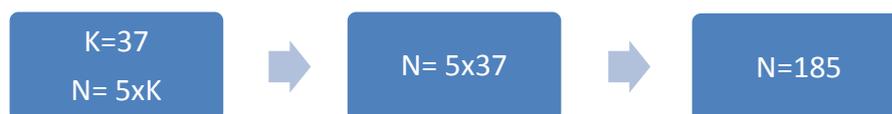
Por questões de tempo e recursos torna-se impossível para os investigadores recolherem e analisarem dados de todos os sujeitos da população, pelo que na realidade considerámos apenas uma parte do universo, ou seja, uma amostra.

A escolha dos sujeitos que participam no estudo é um processo fundamental, para garantir tal como referem Hulley et al. (2008), que os resultados representam de forma fiável a população alvo. No presente estudo optámos por uma amostragem não probabilística acidental, pois, de acordo com Freixo (2010), não existe uma probabilidade semelhante de todos os sujeitos da população integrarem a amostra, uma vez que foram selecionados pela sua acessibilidade em termos geográficos e facilidade na autorização da aplicação dos questionários.

A grande desvantagem deste tipo de amostra, segundo Hill & Hill (2005) é desconhecer-se o grau de representatividade do universo, no entanto, consideram-na útil quando o objetivo do estudo é testar as primeiras versões de um questionário.

Assim, optámos por incluir na amostra enfermeiros de serviços de urgência de hospitais do centro e sul do país, garantindo, no entanto, a abrangência no que se refere à diferente tipologia dos serviços de urgência no nosso país (polivalente, médico-cirúrgica e básica).

Como pretendíamos utilizar a análise fatorial para determinar a representatividade da amostra e de acordo com Hill & Hill (2005, p. 58), o tamanho de amostra mínimo (N) para K (número de questões do instrumento) superior a 15, deve ser  $N=5K$ . Assim calculou-se o tamanho amostral mínimo necessário, tendo em conta o número de itens da escala (37), segundo a fórmula:  $N= 5K$ . Após a aplicação da fórmula o tamanho da amostra seria constituído no mínimo por 185 enfermeiros.



Importa no entanto salvaguardar que quanto maior for a amostra, maior é a sua representatividade, ou seja, há uma maior garantia que os resultados obtidos através da análise possam ser generalizados na população alvo (Freixo, 2010). O mesmo autor (p.187) acrescenta que “o objetivo é obter uma amostra bastante grande para detetar diferenças estatísticas.”

De acordo com o objetivo do estudo determinámos como critérios de inclusão;

- Os enfermeiros que aceitem participar na investigação através do preenchimento voluntário e confidencial do questionário;
- Serem enfermeiros triadores a exercer funções atuais nos serviços de urgência selecionados.

Foram excluídos os sujeitos que não desempenhavam a função de enfermeiros triadores nos serviços de urgência selecionados.

Foram entregues 453 questionários em dois serviços de urgência básica, cinco serviços de urgência médico-cirúrgica e três serviços de urgência polivalente (tabela 1). Responderam ao questionário 254 enfermeiros triadores. Foram invalidados 22 questionários por não se encontrarem corretamente preenchidos. A amostra foi constituída por 232 enfermeiros representando 51,10 % da população alvo.

**Tabela 1 - Número de questionários entregues por nível de urgência**

Unidade Hospitalar	Questionários Entregues	Questionários recolhidos passíveis de tratamento estatístico
Urgências polivalentes: Hospital São José Hospital São Francisco Xavier Hospital de Évora	202	73
Urgências médico-cirúrgicas: Hospital Distrital de Santarém Hospital de Vila Franca de Xira Hospital de Abrantes Hospital das Caldas da Rainha Hospital de Torres Vedras	211	136
Urgências básicas: Hospital de Torres Novas Hospital de Tomar	40	23

Maioritariamente os enfermeiros inquiridos pertenciam ao grupo etário dos 31-40 anos (42,2%), seguindo-se os que se situavam no grupo 20-30 anos (34,9%). A percentagem de enfermeiros triadores com mais de 40 anos é relativamente baixa (22,8%).

No que se refere à formação em enfermagem constatámos que só um dos enfermeiros triadores não é licenciado, a maioria 197 indivíduos (84,9%) têm o curso de licenciatura em enfermagem, 34 dos indivíduos (14,7%) têm um curso de pós-licenciatura em enfermagem, sendo que a área de especialização predominante é a enfermagem médico-cirúrgica, seguida da enfermagem de reabilitação. Apenas 9% tem formação pós-graduada, 8,6% têm o curso de mestrado e um indivíduo (0,4%) tem o doutoramento.

No que respeita ao número de anos de exercício profissional, a grande maioria tem entre 6-10 anos (35,8%) distribuindo-se de forma quase uniforme no grupo 16-20 anos (19%) e 1-5 anos (17,2%), seguido dos grupos 11-5 anos (14,7%) e 21-30 anos (12,9%). Apenas 1 dos enfermeiros participantes tem menos de 1 ano. Este último caso foi integrado no grupo de 1 a 5 anos, para efeitos de análise estatística.

A média de anos de exercício profissional na urgência situa-se nos 9,16 anos, com um desvio padrão de 5,936 e com um mínimo de 1 ano e um máximo de 27 anos. Foram agrupados em dois grupos, um que integra os indivíduos com menos de 5 anos e o outro que integra os indivíduos com 5 ou mais anos, de acordo com Benner (2001), que indica que os enfermeiros peritos devem ter pelo menos 5 anos de experiência. Quando agrupados, a grande maioria tem 5 ou mais anos (75,9%). O grupo com menos de 5 anos representa 24,1%.

Metade dos enfermeiros triadores (58,6%) exerce funções numa urgência médico-cirúrgica, 31,5% em urgências polivalentes, 9,9% em urgências básicas.

**Tabela 2** - Distribuição absoluta e percentual das características sociodemográficas (N=232)

Variáveis	n.º	%
<b>Idade:</b>		
20-30	81	34,9
31-40	98	42,3
41-50	45	19,4
51-60	8	3,4
61 ou mais	0	0,0
<b>Formação:</b>		
Bacharelato em Enfermagem	1	0,4
Licenciatura em Enfermagem	197	84,9
Pós-Licenciatura:		14,7
Enfermagem de saúde materna e obstétrica	1	0,4
Enfermagem Médico-cirúrgica	20	8,6
Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	3	1,3
Enfermagem de reabilitação	10	3,9
<b>Nível acadêmico:</b>		
Bacharelato em Enfermagem	1	0,4
Licenciatura em Enfermagem	146	62,9
Pós-Graduação	64	27,6
Mestrado	20	8,6
Doutoramento	1	0,4
<b>Nº anos de exercício profissional:</b>		
Menos de 1 ano	1	0,4
1-5	40	17,2
6-10	83	35,8
11-15	34	14,7
16-20	44	19,0
Mais de 20 anos	30	12,9
<b>Nº anos de exercício profissional na urgência:</b>		
Menos de 5 anos	56	24,1
5 ou mais anos	176	75,9
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100</b>
<b>Nº de anos de exercício p. na urgência:</b>	<b>Média= 9,16</b>	<b>Desvio padrão=5,936</b>

#### 1.4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Neste estudo utilizámos um instrumento de colheita de dados organizado em duas partes: a primeira é constituída pelo TDMI (Triage Decision Making Inventory) e a segunda parte por um questionário de caracterização sociodemográfico e profissional, o qual integra seis questões de resposta fechada que visam caracterizar a amostra no que se refere à idade, formação em enfermagem, nível académico, anos de exercício profissional, anos de exercício profissional na urgência e nível de urgência.

#### 1.4.1- Triage Decision Making Inventory (TDMI)

O TDMI (Triage Decision Making Inventory) (anexo I) é um instrumento de medida desenvolvido por Kelly Jo Cone (2000) de Saint Francis College of Nursing, Peoria, USA, que permite avaliar as percepções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência e determinar se existem diferenças nesta tomada de decisão com base na experiência profissional. O instrumento é constituído por 37 itens, 7 itens integram a subescala “caraterísticas cognitivas” (1, 2, 3, 4, 5, 6, 36), 11 itens integram a subescala “experiência/confiança na habilidade” (7, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 37), 7 itens integram a subescala “intuição” (8, 9, 10, 12, 16, 20, 31) e 12 itens integram a subescala “pensamento crítico” (13, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35).

Na construção do instrumento a autora optou por um estudo não experimental, descritivo, com múltiplas fases, com o objetivo de desenvolver e testar as caraterísticas psicométricas do TDMI e medir as percepções dos enfermeiros triadores sobre a sua habilidade de tomada de decisão.

A primeira fase consistiu num focus grupo com participação de enfermeiros especialistas na área da emergência. Os dados recolhidos permitiram identificar as caraterísticas da tomada de decisão dos enfermeiros triadores e assim desenvolver os 140 itens iniciais do TDMI.

Os itens desenvolvidos para o instrumento centram-se na experiência, intuição, capacidade de avaliação, pensamento crítico e comunicação. Na segunda fase foi realizada uma revisão para avaliar a validade de conteúdo do TDMI e na fase seguinte foi estimada a fiabilidade e validade de constructo do TDMI. Na quarta e última fase foi possível verificar que os enfermeiros mais experientes, apresentaram scores mais altos no TDMI do que os enfermeiros principiantes.

Uma versão da escala com 50 itens foi aplicada a uma amostra de 208 enfermeiros triadores do departamento de emergência de hospitais do Midwestern State

Da análise fatorial dos dados emergiram quatro fatores que explicaram 50% da variância e produziram quatro subescalas: caraterísticas cognitivas, experiência/confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico.

A variância é a medida de dispersão mais utilizada que permite quantificar a variabilidade dos dados em torno de uma característica central, a média. Ou seja, é a média dos desvios da observação em relação à média da amostra (Hall, Neves & Pereira, 2011)

Após a análise fatorial e da correlação total do item, o instrumento final é constituído por 37 itens.

O *alfa de Cronbach* foi de 0,96 para o total da escala e variou de 0,84 a 0,89 nas subescalas. Foi também realizado um teste- reteste do TDMI a 23 participantes que obteve um resultado de 0,77.

O TDMI foi considerado um instrumento fiável no estudo apresentado.

A subescala “**cognitive characteristics / caraterísticas cognitivas**” integra 7 itens relacionados com a priorização, organização, juízo clínico e conhecimento e explicam 36% da variância.

Já 5% da variância é explicada pela subescala “**Experience/skill confidence / experiência/confiança na habilidade**” que integra 11 itens, que avaliam as capacidades necessárias para tomar decisões e a experiência que permite ao enfermeiro colocar as questões apropriadas na triagem.

A subescala “**intuition / intuição**” integra 7 itens e explica 6% da variância, estando os itens relacionados com “gut a feeling”, pressentimento interior e sexto sentido.

Os 12 itens que integram a subescala “**critical thinking / pensamento crítico**”, que explicam 3% da variância, envolvem a capacidade de obter a informação necessária à tomada de decisões através da avaliação e comunicação.

A autora optou por utilizar uma escala tipo lickert com 6 opções: discordo bastante, discordo moderadamente, discordo minimamente, concordo minimamente, concordo moderadamente e concordo bastante, evitando a tendência de respostas medianas.

O resultado sumativo máximo obtido dos 37 itens é 222, que corresponderia à escolha da opção 6 em todos os itens. O resultado médio dos participantes obtidos no estudo foi de 206 e o resultado mínimo foi de 156.

De acordo com a autora da escala o ponto de corte/viragem é 206 ou 93%. Se o enfermeiro pontuar menos do que isto, então deve olhar-se para as subescalas e ver onde está o problema. Se os resultados forem generalizados pelas subescalas, então o enfermeiro deve adquirir mais experiência e receber um reforço de formação e treino em triagem.

Uma das limitações referidas pela autora refere-se à utilização de uma amostra por conveniência, o que diminui a capacidade de generalizar os resultados da investigação à população geral dos enfermeiros dos serviços de urgência

O TDMI revelou ser uma ferramenta eficaz para avaliar a percepção que os enfermeiros têm da sua capacidade/habilidade de tomar decisões precisas na triagem, permitindo medir a identificação do pensamento crítico, características cognitivas, intuição e experiência aquando a tomada destas decisões.

Para a autora, uma das grandes implicações do TDMI para a prática de enfermagem, é a credibilidade que este instrumento dá aos enfermeiros dos serviços de urgência que atualmente fazem triagem.

Em 2010 Smih e Cone, dão a conhecer, num artigo publicado no *Jornal for Nurses in Staff Development*, os dados de um estudo piloto do TDMI, com o objetivo de estabelecer confiabilidade e validade deste instrumento numa amostra de 583 enfermeiros de várias especialidades, contrariamente ao estudo inicial de Cone (2000) que continha apenas enfermeiros experientes na área da emergência. Participaram no estudo 583 enfermeiros com diferentes experiências clínicas.

Da análise emergiram cinco fatores que explicaram 64,3% da variância cumulativa. Os quatro fatores: características cognitivas, experiência/confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico estavam representados, refletindo os achados do estudo inicial de Cone (2000), com a amostra dos enfermeiros de emergência. O quinto fator consistiu em 2 itens construídos na negativa, representativos do fator experiência.

O *alfa de Cronbach* foi de 0,947 para o total da escala TDMI; 0,915 para o fator um (caraterísticas cognitivas), 0,94 para o fator dois (experiência/confiança na habilidade), 0,867 para o fator três (pensamento crítico), 0,87 para o fator quatro (intuição) e 0,383 para o fator cinco (itens representativos da experiência construídos na negativa).

A análise preliminar deste estudo demonstrou que o TDMI é um instrumento confiável e válido numa amostra de enfermeiros com diferentes experiências clínicas.

Em 2012 Smith levou a cabo um estudo com o objetivo de avaliar as características psicométricas do TDMI, numa amostra constituída por 190 enfermeiros da marinha e enfermeiros civis com diferentes especialidades clínicas e anos de experiência.

Justifica a utilização desta amostra por ser esperado dos enfermeiros da marinha, mesmo sem treino em emergência, capacidades de triagem em cenários de combate e missões humanitárias, além disso, diariamente os enfermeiros têm necessidade de priorizar os cuidados, pelo que considera que a triagem não é exclusiva dos serviços de urgência.

Foi utilizada a análise fatorial para estabelecer a validade de constructo. Desta análise emergiram três fatores, características cognitivas, experiência e intuição e o *alfa de Cronbach* para cada fator foi de 0,858 a 0,922.

Os resultados da análise fatorial e a consistência conceptual levaram à eliminação de 10 itens, o que resultou num inventário com 27 itens.

Os achados estatísticos sugeriram que o TDMI é válido e confiável numa amostra de enfermeiros com diferentes especialidades clínicas. Os três fatores que emergiram da análise fatorial refletiram o conceito inicial da tomada de decisão na triagem.

A análise estatística refletiu os resultados dos dois estudos apresentados anteriormente (Cone, 2000; Smith & Cone 2010).

Os estudos apresentados consideraram o TDMI como um instrumento que permite que o enfermeiro identifique se está preparado para tomar decisões na triagem, identificando áreas onde é necessário mais formação e treino promovendo competência na tomada de decisão.

Os resultados do TDMI permitem desenvolver programas de formação e treino em grupos de enfermeiros com as mesmas necessidades (Smith & Cone, 2010).

A compreensão da habilidade de tomada de decisão de enfermeiros com diferentes níveis de experiência, permite compreender as necessidades de formação e treino do pessoal de enfermagem.

O TDMI foi considerado, estatisticamente, um instrumento adequado para avaliar a perceção dos enfermeiros triadores sobre a sua habilidade de tomar decisões precisas, o que levou a que se optasse por este instrumento para a realização do presente estudo.

Após a decisão da utilização deste instrumento a 9 de Dezembro de 2012, solicitámos à autora do TDMI, através de contacto por correio eletrónico, autorização para utilização e validação da escala para a língua portuguesa (Anexo II)

#### 1.5- PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO CULTURAL DO TDMI

No processo de validação do instrumento TDMI desenvolvido por Kelly Jo Cone (2000) tivemos em conta o conceito de validade definido por Messick em 1989. O autor refere-se à validade “como um julgamento avaliativo integrado acerca dos graus em que os dados empíricos e as explicações teóricas apoiam a convicção de que a inferência e as ações baseadas nos resultados dos testes ou outras formas de

avaliação são adequadas e apropriadas” (Moreira, 2009, p.331 reportando-se a Messick,1989).

Moreira (2009) considera que a validade constitui uma relação entre os resultados e uma inferência ou uma ação. A importância não reside nos resultados, mas sim nas inferências que se podem fazer a partir deles e nas consequências do seu uso na orientação das ações. As decisões e interpretações que surgem da avaliação dos resultados da aplicação de um instrumento de colheita de dados têm que ser suportadas por argumentos consistentes, no que se refere à validade.

Os padrões de validação de instrumentos mais recentes consideram cinco linhas de força que demonstram a evidência de validade: evidência baseada no conteúdo; no processo de respostas; estrutura interna; relação com outras variáveis e consequências dos testes (Goodwin & Leech, 2003, citados por Amaral, Ferreira & Gray, 2014).

O processo de validação do instrumento agrupou um conjunto de procedimentos com o objetivo de obter uma versão para a população portuguesa equivalente à original, em termos de conteúdo e semântica.

#### ▪ **Validação cultural e linguística**

De forma a garantir equivalência linguística entre a versão em língua inglesa da escala e a versão portuguesa foram seguidas as orientações de (Beaton et al., 2000), (Reichenheim & Moraes, 2007) e (Moreira, 2009), que recomendam, a tradução, retro tradução e revisão por um painel de peritos.

Assim, a primeira etapa do processo de validação cultural e linguística consistiu na tradução do instrumento de inglês para a língua portuguesa, de forma independente por duas professoras de inglês, ambas com experiência em tradução. Durante o processo de tradução participámos ativamente e em conjunto com uma das tradutoras na análise de algumas questões associadas à equivalência de tradução do item, o que vai de encontro ao contemplado por (Moreira, 2009), que defende a necessidade do especialista da língua e o investigador trabalharem em conjunto e discutirem as questões que vão surgindo.

Após a realização das duas traduções, foram analisados os aspetos convergentes e divergentes e foi elaborada uma primeira versão da escala em português.

Esta foi analisada por um painel de peritos de enfermagem na área da investigação, constituído por três professores da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, com conhecimento da língua Inglesa, que avaliaram a equivalência conceitual e de

itens e a confrontaram com a versão original em língua inglesa, que é uma das etapas descritas por Reichenheim & Moraes (2007).

Neste processo de análise foram propostas algumas modificações conceituais, de constructo e de itens, com a concordância de todos os elementos especialistas do painel, que se apresentam no seguinte quadro:

**Quadro 2 - Modificações conceituais dos itens do TDMI**

Item	Primeira versão portuguesa	Versão consenso TDMI (alterações)
5	“Tenho confiança no meu <b>juízo</b> para tomar <b>boas decisões</b> que irão melhorar o resultado do meu doente”	“Tenho confiança no meu <b>juízo clínico</b> para tomar <b>decisões corretas</b> que melhorem os resultados nos doentes”
6	“Se um doente tiver uma paragem cardíaca, sei o que fazer”	“ Se um doente tiver uma paragem cardíaca <b>junto de mim</b> , sei o que fazer”
7	“Posso contar com as minhas capacidades e <b>juízo</b> enquanto estou a trabalhar na triagem”	“Posso contar com as minhas capacidades e <b>juízo clínico</b> enquanto estou a trabalhar na triagem”
9	“Quando estou a triar, tenho um <b>pressentimento</b> em relação aos doentes críticos”	“Quando estou a triar, tenho uma <b>boa intuição</b> em relação aos doentes críticos”
12	“Consigo com frequência <b>dizer quando alguma coisa adversa vai acontecer</b> , quando avalio um doente na triagem”	“Quando avalio um doente na triagem geralmente <b>consigo prever quando alguma coisa adversa pode acontecer</b> ”
15	“Consigo fazer <b>juízos</b> corretos na triagem”	“Consigo fazer <b>juízos clínicos</b> corretos na triagem”
17	“A minha experiência anterior <b>facilita</b> a tomada de decisões na triagem”	“A minha experiência anterior <b>é facilitadora</b> da tomada de decisão na triagem”
20	“ Independentemente do que aprendi nos livros, sigo <b>os meus instintos</b> na triagem”	“Independentemente do que aprendi nos livros, sigo <b>a minha intuição</b> na triagem”
21	“Recebo um <b>feedback positivo</b> acerca das minhas decisões de triagem”	“Recebo <b>reforço positivo</b> sobre as minhas decisões de triagem”
22	“Sei que tenho capacidades para tomar <b>decisões corretas</b> na triagem”	“Sei que tenho capacidades para tomar <b>decisões precisas</b> na triagem”
24	“Sou capaz de filtrar a informação de que preciso <b>para tomar decisões</b> acerca dos doentes na triagem”	“Sou capaz de filtrar a informação de que preciso <b>para a tomada de decisão</b> acerca dos doentes na triagem”
29	“A triagem é importante porque dá ao doente uma primeira impressão sobre a minha <b>facilidade em triar</b> ”	“A triagem é importante porque dá ao doente uma primeira impressão <b>sobre o meu serviço (estrutura)</b> ”
32	“Associo o mecanismo de lesão com a <b>história clínica</b> do doente na triagem”	“Associo os mecanismos de lesão com a <b>história dada</b> pelo doente na triagem”
34	“Sou capaz de pôr de parte a <b>informação desnecessária</b> para tomar decisões na triagem”	“Sou capaz de <b>separar a informação</b> de que preciso para tomar decisões na triagem”

36	“Sou alguém em quem os meus colegas de trabalho podem <b>contar</b> para tomar <b>boas decisões</b> ”	“Sou alguém em quem os meus colegas de trabalho podem <b>confiar</b> para tomar <b>decisões corretas</b> ”
----	---	--

Com o propósito de validar a compreensão dos itens, consultámos duas enfermeiras da prática clínica, especialistas de um serviço de urgência, peritas na área, ambas auditoras do processo de triagem em vigor num serviço de urgência, que analisaram a versão consenso de onde se obteve a concordância relativamente ao conteúdo do questionário.

A versão consenso foi submetida a retro tradução por uma tradutora, residente em Portugal há muitos anos, com domínio do português, cuja língua mãe é o inglês, sem conhecimento prévio do questionário original.

Posteriormente procedemos à confrontação da versão original em língua inglesa com a versão da retro tradução e foram analisadas as divergências tendo em conta a preservação do sentido dos itens originais e a obtenção de itens com características adequadas à realidade Portuguesa, tal como indica Moreira (2009). Ainda na linha do defendido pelo autor, remetemos a retro tradução por correio eletrónico à autora, que concorda e autoriza a aplicação desta versão do TDMI (anexo III).

O último passo de avaliação da equivalência semântica consistiu na aplicação de um pré-teste à população alvo com o objetivo de avaliar a aceitabilidade e compreensão do instrumento a aplicar, como recomendam Rechenheim e Moraes (2007).

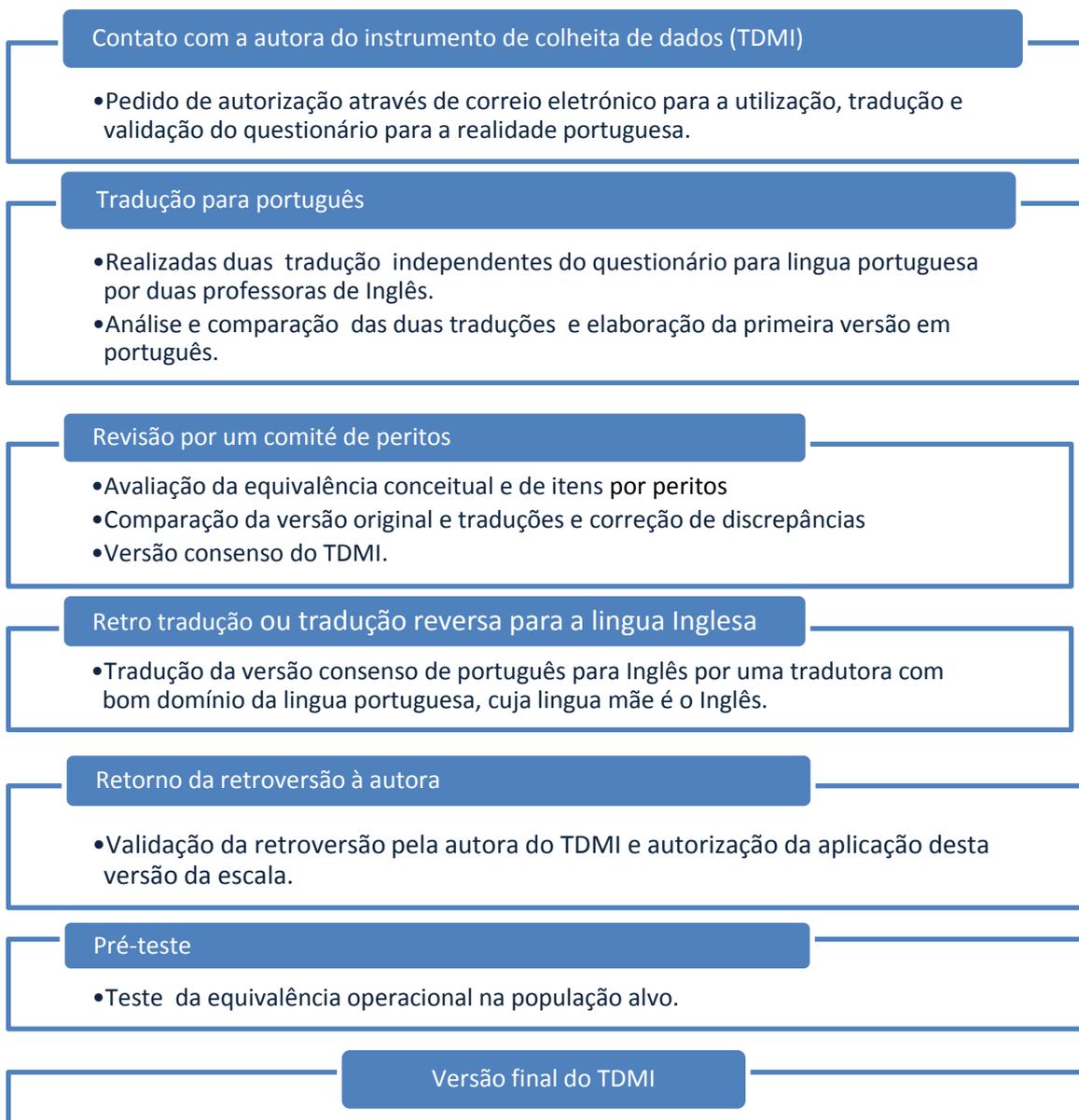
A versão preliminar do instrumento de colheita de dados foi aplicada então a 20 enfermeiros da população alvo, no período de 27 de Maio a 3 de Junho de 2013 para avaliar a sua compreensão e viabilidade do TDMI e, desta forma testar a equivalência da versão original com a versão final.

O pré-teste permitiu aferir a compreensão dos termos utilizados e conteúdo, não se tendo demonstrado dificuldades ao nível das respostas, pelo que não foram realizadas alterações.

Assim obtivemos a versão final traduzida do TDMI (anexo IV) que é aplicada à população alvo.

No fluxograma 1 a seguir apresentado esquematizamos os passos metodológicos que percorremos, após a decisão de recorrer ao instrumento TDMI como ferramenta de trabalho até à sua validação para a população Portuguesa.

### Fluxograma 1 - Validação cultural e linguística do TDMI



Embora na apresentação do TDMI tenhamos dado a conhecer o número e os itens que integram cada subescala, apresentamos agora, na tabela 3, a distribuição dos itens na versão final traduzida, sendo que a subescala características cognitivas integra os itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 36; a subescala experiência/confiança na habilidade integra os itens: 7, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 37; a subescala intuição integra os itens: 8, 9, 10, 12, 16, 20, 31; e a subescala pensamento crítico integra os itens: 13, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35.

**Tabela 3 – Versão final traduzida do TDMI**

---

<b>Itens do TDMI</b>	
1	Tenho conhecimento das diferentes áreas dentro do serviço de urgência.
2	Sinto-me confortável a tomar decisões no serviço de urgência.
3	Consigo trabalhar sob pressão e manter-me organizado.
4	Consigo priorizar o cuidado ao doente e ter o trabalho feito.
5	Tenho confiança no meu juízo clínico para tomar decisões corretas que melhorem os resultados nos doentes.
6	Se um doente tiver uma paragem cardíaca junto de mim, sei o que fazer.
7	Posso contar com as minhas capacidades e juízo clínico enquanto estou a trabalhar na triagem.
8	Quando estou a triar um doente consigo avaliar a gravidade do seu estado só de olhar para ele.
9	Quando estou a triar, tenho uma boa intuição em relação aos doentes críticos.
10	Consigo perceber pela aparência da pessoa se precisa ou não de atendimento imediato.
11	Envio muitos doentes para a emergência mesmo que eventualmente não necessitem, porque tenho receio de cometer um erro.
12	Quando avalio um doente na triagem, geralmente consigo prever quando alguma coisa adversa pode acontecer.
13	Comunico bem com os doentes na triagem.
14	Não sei quais as questões certas a fazer na triagem.
15	Consigo fazer juízos clínicos corretos na triagem.
16	Tenho um pressentimento quando alguma coisa má vai acontecer.
17	A minha experiência anterior é facilitadora da tomada de decisão na triagem.
18	Sinto confiança nas minhas capacidades para triar.
19	Sinto-me confortável na tomada de decisão na triagem.
20	Independentemente do que aprendi nos livros, sigo a minha intuição na triagem.
21	Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões de triagem.
22	Sei que tenho capacidades para tomar decisões precisas na triagem.
23	Consigo diferenciar entre doentes em estado crítico e subagudos na triagem.
24	Sou capaz de filtrar a informação de que preciso para a tomada de decisão acerca dos doentes na triagem.
25	Sei quais as questões a colocar na triagem para obter a informação necessária.
26	Responsabilizo-me pelos doentes até serem levados para uma área de tratamento.
27	Sou capaz de associar as queixas dos doentes com os resultados da minha avaliação na triagem.
28	Quando a triagem está muito movimentada, consigo manter a calma e estar concentrado
29	A triagem é importante porque dá ao doente uma primeira impressão sobre o meu serviço (estrutura).
30	Consigo reorganizar os meus pensamentos e priorizar quem deve ser visto de seguida, quando a triagem está muito movimentada.
31	Tenho um sexto sentido para doentes em estado crítico.
32	Associo os mecanismos da lesão com a história dada pelo doente na triagem.
33	Comunico bem com o pessoal do serviço de urgência quando estou a trabalhar na triagem.
34	Sou capaz de separar a informação de que preciso para tomar decisões na triagem.
35	Sei quais as questões certas, para colocar, quando estou na triagem.
36	Sou alguém em quem os meus colegas de trabalho podem confiar para tomar decisões corretas.
37	Consigo falar com os doentes e chegar à razão pela qual eles vieram ao serviço de urgência.

---

## 1.6- PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS

Previamente à aplicação do questionário elaborámos um documento a solicitar autorização aos Conselhos de Administração dos Hospitais, que fizeram parte do estudo (anexo V).

Salientamos que no Centro Hospitalar do Médio Tejo, o pedido de autorização foi submetido ao parecer da comissão de ética (anexo VI) que foi favorável.

No início da colheita de dados, dirigimo-nos aos respetivos serviços de urgência incluídos no estudo, onde, numa reunião, agendada previamente, com os enfermeiros chefes, apresentámos os objetivos do estudo, assegurámos a completa confidencialidade e garantia de que os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins de investigação. Explicitados estes pressupostos solicitámos a sua colaboração para entrega dos questionários aos enfermeiros triadores dos seus serviços e respetiva recolha dos mesmos já preenchidos. Deixámos o contacto telefónico e endereço eletrónico, para qualquer esclarecimento.

Neste encontro, quatro dos enfermeiros chefes dos hospitais que integram o estudo pediram aos investigadores o retorno dos resultados da investigação, nomeadamente os que se referem à sua instituição.

A recolha de dados decorreu no período de tempo compreendido entre 28 de Outubro de 2013 e 30 de Março de 2014.



## 2- TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a recolha de dados, o passo seguinte foi proceder à sua organização e análise. Começámos por elaborar uma base de dados informatizada, no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17 para Windows. Auxiliamo-nos também deste programa para o cálculo das várias medidas de estatística descritiva e analítica.

Para a análise descritiva das variáveis procedemos ao cálculo das frequências absolutas e percentuais, medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e medidas de tendência central (média, moda e mediana).

Recorremos à análise fatorial para verificar a validade de constructo da escala.

Para analisar a homogeneidade dos itens e da consistência interna da escala foram calculadas as correlações de cada item com o total da escala (excluindo o respetivo item) e o seu efeito sobre o coeficiente de *alfa* de *Cronbach*. Avaliámos também o *alfa* para as dimensões extraídas da análise fatorial e para a TDMI final com 36 itens. De referir que o *alpha* de *Cronbach* serviu como indicador de fidelidade do instrumento de medida utilizado.

Para dar resposta à hipótese de investigação colocada utilizámos os testes ANOVA, *t* – Student e correlação de Spearman assumindo-se  $\alpha = 0,05$ , como valor crítico de significância dos resultados.

### 2.1- VALIDADE DE CONTEÚDO DO TDMI

A validação resultou da aplicação da análise fatorial realizada através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Barlett. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin é uma medida de homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Marôco 2010). De acordo com este autor os valores deste teste seguem as seguintes recomendações (tabela 4):

**Tabela 4 - Valores de referência do KMO**

Valores de KMO	Recomendações referentes à análise fatorial
0,9 a 1,0	Excelente
0,8 a 0,9	Boa
0,7 a 0,8	Média
0,6 a 0,7	Medíocre
0,5 a 0,6	Mau mas ainda aceitável
≤ 0,5	Inaceitável

Salientamos o valor na medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,918 encontrado no nosso estudo, que segundo Marôco (2010) é considerado excelente. Os valores para o teste de esfericidade de Bartlett de  $X^2=4169,009$  com  $p=0,000$ , confirmam a fatoriabilidade da matriz de correlações (tabela 5).

**Tabela 5 - Resultados estatísticos do KMO e teste de Barlett para o TDMI**

Kaiser-Meyer-Olkin		,918
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	4169,099
	Df	630
	Sig.	,000

Procedemos então à análise fatorial exploratória com rotação ortogonal varimax com normalização de Kaiser, com o objetivo de identificar a estrutura fatorial do questionário e agrupar os itens correlacionados entre si. Foram considerados os itens com coeficientes de relação superior a 0,30.

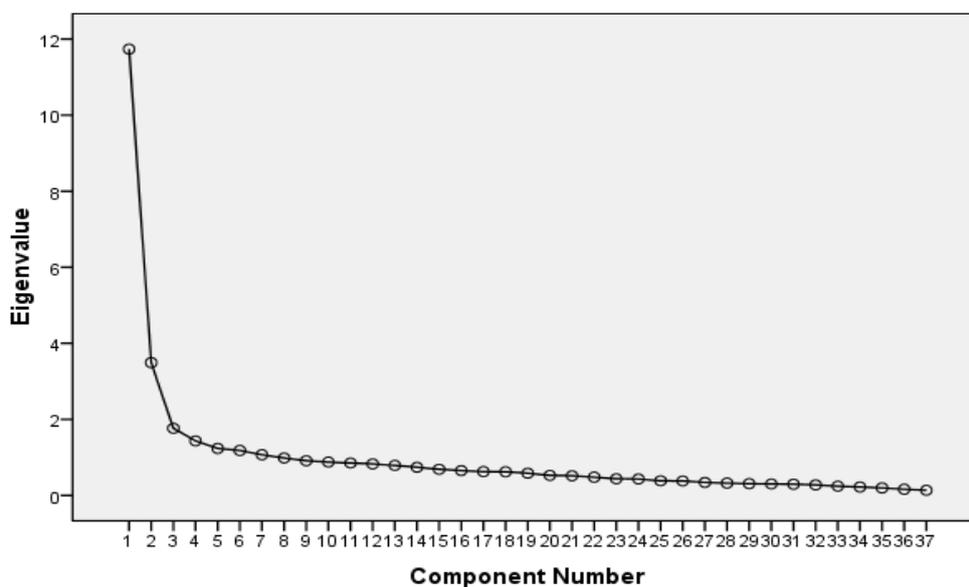
Foi eliminado o item 11 “Envio muitos doentes para a emergência mesmo que eventualmente não necessitem, porque tenho receio de cometer um erro”, que era um dos itens construídos na negativa, uma vez que após transformação de identidade manteve correlação negativa com o fator.

A análise fatorial inicial propunha a divisão dos itens em sete fatores, que explicavam 59,2% da variância. Esta divisão não ia de encontro ao proposto pela autora inicial do TDMI e pareceu-nos que o deixava com dimensões muito pequenas (2 a 3 itens) e supostamente sem sentido lógico em termos de constructo.

Realizámos novas análises, forçando menos fatores, inicialmente a quatro fatores, seguindo a linha de pensamento da autora que explicavam 49,8 % da variância, no entanto, quando analisados os valores de *alfa de Cronbach* para os primeiros três fatores, encontrámos valores de 0,9; 0,84 e 0,79 respetivamente, mas para o quarto fator apenas de 0,186, o que nos levou a uma nova análise.

Tendo em conta a percentagem de variação explicada a 5%, que indica a existência de três fatores com variâncias acima deste valor e a análise do Scree Plot (gráfico 1), que indica que a linha tende a retificar a partir do terceiro fator, como podemos verificar no gráfico número 1, pareceu-nos lógica a divisão da escala em três fatores.

**Gráfico 1- Scree Plot**



Fizemos então uma nova análise forçada a três fatores, que explicam 46,69% da variância, sendo que o fator um explica 20,44 % desta variância, o fator dois explica 13,25%, e o fator três explica 13%.

A partir da análise fatorial (tabela 9), e não esquecendo a coerência racional, surge a divisão dos itens em três fatores que dão origem a três subescalas:

O fator um inclui os itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 18,19, 22, 23, 25, 34, 35, 36 (tabela 6). Esta subescala foi renomeada de **“caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade”**, uma vez que engloba na sua maioria itens presentes nas duas subescalas iniciais do TDMI denominadas por Cone (2000) de “caraterísticas cognitivas” e “experiência/confiança na habilidade”.

O item 34 “Sou capaz de separar a informação de que preciso para tomar decisões na triagem”; item 35 “Sei quais as questões certas para colocar quando estou na triagem” pertencentes à subescala inicial “pensamento crítico”, pela análise fatorial recaem nesta subescala. Considerámos válida a sua inserção nesta nova subescala, já que o conteúdo dos mesmos traduz a necessidade de conhecimento para o exercício do pensamento crítico, bem como de confiança nas habilidades no questionamento.

**Tabela 6 – Itens da subescala “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade”**

<b>Caraterísticas cognitivas, experiência e confiança na habilidade (16)</b>	
1	Tenho conhecimento das diferentes áreas dentro do serviço de urgência
2	Sinto-me confortável a tomar decisões no serviço de urgência
3	Consigo trabalhar sob pressão e manter-me organizado
4	Consigo priorizar o cuidado ao doente e ter o trabalho feito
5	Tenho confiança no meu juízo clínico para tomar decisões corretas que melhorem os resultados nos doentes
6	Se um doente tiver uma paragem cardíaca junto de mim, sei o que fazer
7	Posso contar com as minhas capacidades e juízo clínico enquanto estou a trabalhar na triagem
14	Não sei quais as questões certas a fazer na triagem
18	Sinto confiança nas minhas capacidades para triar
19	Sinto-me confortável na tomada de decisão na triagem
22	Sei que tenho capacidades para tomar decisões precisas na triagem
23	Consigo diferenciar entre doentes em estado crítico e subagudos na triagem
25	Sei quais as questões a colocar na triagem para obter a informação necessária
34	Sou capaz de separar a informação de que preciso para tomar decisões na triagem
35	Sei quais as questões certas para colocar quando estou na triagem
37	Consigo falar com os doentes e chegar à razão pela qual eles vieram ao serviço de urgência

O fator dois inclui os itens: 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 20, 31 (tabela 7), pelo que mantivemos a atribuição do nome “**intuição**” a esta subescala, já que a mesma integra a maioria dos itens da subescala inicial, que foi denominada por Cone (2000) com o mesmo conceito.

O item 15 “Consigo fazer juízos clínicos corretos na triagem” e o item 17 “A minha experiência anterior é facilitadora da tomada de decisão na triagem” que integram esta nova subescala pertenciam à subescala inicial “experiência/confiança na habilidade”.

**Tabela 7 – Itens da subescala intuição**

<b>Intuição (9 itens)</b>	
8	Quando estou a triar um doente consigo avaliar a gravidade do seu estado só de olhar para ele.
9	Quando estou a triar, tenho uma boa intuição em relação aos doentes críticos.
10	Consigo perceber, pela aparência da pessoa, se precisa ou não de atendimento imediato.
12	Quando avalio um doente na triagem, geralmente, consigo prever quando alguma coisa adversa pode acontecer.
15	Consigo fazer juízos clínicos corretos na triagem
16	Tenho um pressentimento quando alguma coisa má vai acontecer.
17	A minha experiência anterior é facilitadora da tomada de decisão na triagem
20	Independentemente do que aprendi nos livros, sigo a minha intuição na triagem.
31	Tenho um sexto sentido para doentes em estado crítico.

O fator três inclui os itens: 13, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 37 (tabela 8). Atribuímos a esta subescala o nome de **“pensamento crítico”**, por integrar a quase totalidade dos itens iniciais desta subescala denominada com o mesmo conceito por Cone (2000). Só o item 37 “Consigo falar com os doentes e chegar à razão pela qual eles vieram ao serviço de urgência” integrava inicialmente a subescala “experiência/confiança na habilidade” recaiu nesta subescala após a análise fatorial. Analisando o seu conteúdo a sua integração nesta nova dimensão é válida em termos de constructo.

**Tabela 8 – Itens da subescala pensamento crítico**

<b>Pensamento crítico (11 itens)</b>	
13	Comunico bem com os doentes na triagem.
21	Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões de triagem.
24	Sou capaz de filtrar a informação de que preciso para a tomada de decisão acerca dos doentes na triagem.
26	Responsabilizo-me pelos doentes até serem levados para uma área de tratamento
27	Sou capaz de associar as queixas dos doentes com os resultados da minha avaliação na triagem.
28	Quando a triagem está muito movimentada, consigo manter a calma e estar concentrado.
29	A triagem é importante porque dá ao doente uma primeira impressão sobre o meu serviço (estrutura).
30	Consigo reorganizar os meus pensamentos e priorizar quem deve ser visto de seguida, quando a triagem está muito movimentada.
32	Associo os mecanismos da lesão com a história dada pelo doente na triagem.
33	Comunico bem com o pessoal do serviço de urgência quando estou a trabalhar na triagem.
37	Consigo falar com os doentes e chegar à razão pela qual eles vieram ao serviço de urgência.

Relativamente ao item 23, “Consigo diferenciar entre doentes em estado crítico e subagudos na triagem”, este apresentava coeficientes de relação de 0,460 com o fator um e de 0,464 com o fator três, ou seja, muito próximos, pelo que se optou por uma questão de constructo e seguindo a linha de pensamento da autora da escala original, mantê-lo na primeira subescala “características cognitivas e confiança na habilidade”.

**Tabela 9 –** Matriz de saturação dos itens nos fatores para a solução rodada ortogonal de tipo Varimax com normalização de Kaiser para três fatores(N=232)

Itens	Fatores		
	1	2	3
1 Tenho conhecimento das diferentes áreas dentro do serviço de urgência	,395		
2 Sinto-me confortável a tomar decisões no serviço de urgência	,674		
3 Consigo trabalhar sob pressão e manter-me organizado	,676		
4 Consigo priorizar o cuidado ao doente e ter o trabalho feito.	,656		
5 Tenho confiança no meu juízo clínico para tomar decisões corretas que melhorem os resultados nos doentes.	,689		
6 Se um doente tiver uma paragem cardíaca junto de mim, sei o que fazer	,557		
7 Posso contar com as minhas capacidades e juízo clínico enquanto estou a trabalhar na triagem	,671		,335
8 Quando estou a triar consigo avaliar a gravidade do seu estado só de olhar para ele	,304	,668	
9 Quando estou a triar, tenho uma boa intuição em relação aos doentes críticos		,731	
10 Consigo perceber pela aparência da pessoa se precisa ou não de atendimento imediato	,328	,689	
12 Quando avalio um doente na triagem geralmente consigo prever quando alguma coisa adversa pode acontecer		,581	
13 Comunico bem com os doentes na triagem			,426
14 Não sei quais as questões certas a fazer na triagem	,403		
15 Consigo fazer juízos clínicos corretos na triagem		,600	
16 Tenho um pressentimento quando alguma coisa má vai acontecer		,771	
17 A minha experiência anterior é facilitadora da tomada de decisão na triagem	,368	,458	
18 Sinto confiança nas minhas capacidades para triar	,763		
19 Sinto-me confortável na tomada de decisão na triagem	,734		
20 Independentemente do que aprendi nos livros, sigo a minha intuição na triagem		,565	
21 Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões de triagem			,425
22 Sei que tenho capacidades para tomar decisões precisas na triagem	,558		,474
23 Consigo diferenciar entre doentes em estado crítico e subagudos na triagem	,460		,464
24 Sou capaz de filtrar a informação de que preciso para a tomada de decisão acerca dos doentes na triagem	,520		,581
25 Sei quais as questões a colocar na triagem para obter a informação necessária	,574		,560
26 Responsabilizo-me pelos doentes até serem levados para uma área de tratamento			,308
27 Sou capaz de associar as queixas dos doentes com os resultados da minha avaliação na triagem		,330	,526

28	Quando a triagem está muito movimentada, consigo manter a calma e estar concentrado		,514
29	A triagem é importante porque dá ao doente uma primeira impressão sobre o meu serviço (estrutura)	,360	,385
30	Consigo reorganizar os meus pensamentos e priorizar quem deve ser visto de seguida, quando a triagem está muito movimentada	,358	,600
31	Tenho um sexto sentido para doentes em estado crítico	,703	
32	Associo os mecanismos da lesão com a história dada pelo doente na triagem	,390	,447
33	Comunico bem com o pessoal do serviço de urgência quando estou a trabalhar na triagem		,564
34	Sou capaz de separar a informação de que preciso para tomar decisões na triagem.	,558	,527
35	Sei quais as questões certas para colocar quando estou na triagem	,600	,557
36	Sou alguém em quem os meus colegas de trabalho podem confiar para tomar decisões corretas.	,650	,325
37	Consigo falar com os doentes e chegar à razão pela qual eles vieram ao serviço de urgência.	,449	,573

## 2.2- FIABILIDADE DO TDMI (36 ITENS)

Neste ponto do trabalho avaliámos a fiabilidade do TDMI. Maroco e Marques (2006) consideram que a fiabilidade de um instrumento de medida refere-se à capacidade deste ser consistente. O *alfa de Cronbach* surge como forma de estimar a confiabilidade de um questionário, medindo as correlações entre as respostas, através da análise do perfil das mesmas. Este coeficiente é calculado através da variância dos itens de forma individual e da variância da soma dos itens (Hora, Monteiro & Arica, 2010).

O estudo da consistência interna do TDMI foi efetuado através do coeficiente de *alfa de Cronbach*. Este coeficiente permite avaliar a consistência interna de um instrumento e varia numa escala de 0 a 1. Considera-se que um instrumento é fiável quando o *alfa de Cronbach* é de, pelo menos, 0,70, podendo, no entanto, em alguns cenários das ciências sociais serem aceitáveis valores de 0,60, exigindo no entanto uma interpretação mais cautelosa (Maroco & Marques, 2006)

Para Hill e Hill (2005), as indicações aproximadas para avaliar o valor de medida de fiabilidade são os seguintes: maior que 0,9 (excelente); entre 0,8 e 0,9 (bom); entre 0,7 e 0,8 (razoável); entre 0,6 e 0,7 (fraco); abaixo de 0,6 (Inaceitável).

Na tabela 10 apresentamos o resumo do estudo referente à consistência interna dos itens, podemos observar que a média dos itens se situa entre os 3,66 e 5,81 e os respetivos desvio padrão entre 0,479 e 1,453.

No que se refere aos valores de *alfa de Cronbach* se o item for eliminado, estes oscilam entre 0,908 e 0,917, que de acordo com Hill & Hill (2005), é considerado excelente.

**Tabela 10** – Resultados estatísticos da homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do TDMI (36 itens) (N=232)

Itens TDMI	Média	Desvio Padrão	Correlação com o total corrigido	Alpha se o item for eliminado
1	5,81	,479	,301	,912
2	5,09	,816	,537	,910
3	5,09	,722	,491	,910
4	5,22	,734	,444	,911
5	5,36	,609	,622	,910
6	5,64	,642	,391	,912
7	5,43	,634	,629	,909
8	4,63	,926	,586	,909
9	4,95	,988	,550	,909
10	4,90	,979	,558	,909
12	4,47	,897	,462	,911
13	5,41	,611	,369	,912
14	5,24	1,371	,149	,917
15	4,58	1,066	,462	,911
16	4,06	1,323	,404	,912
17	5,20	,975	,547	,909
18	5,38	,686	,703	,908
19	5,28	,694	,677	,909
20	3,66	1,442	,377	,913
21	3,91	1,396	,206	,917
22	5,13	,833	,674	,908
23	5,13	,697	,634	,909
24	5,25	,688	,680	,909
25	5,39	,648	,618	,909
26	4,95	1,014	,212	,914
27	5,09	,651	,598	,910
28	4,79	,912	,523	,910
29	4,67	1,416	,300	,915
30	4,79	,889	,508	,910
31	4,09	1,453	,404	,913
32	5,06	,817	,540	,910
33	5,33	,662	,456	,911
34	5,30	,640	,618	,909
35	5,38	,619	,628	,909
36	5,17	,722	,632	,909
37	5,27	,649	,609	,910
<i>alfa de Cronbach</i> TDMI (36 itens)				0,913

O *alfa* de *Cronbach* da totalidade do TDMI (36 itens) (tabela 10) é de 0,913, o que é considerado excelente. Ao analisarmos a consistência interna das subescalas do TDMI (tabela 11), verificamos que o valor de *alfa de Cronbach* na subescala “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade” é de 0,905, considerado excelente e na subescala “intuição”, 0,844, o que é indicativo de uma boa consistência interna. Já a subescala “pensamento crítico apresenta um valor de *alfa* mais baixo, 0,751 mas, ainda assim, considerado razoável relativamente à consistência interna.

**Tabela 11** – Resultados estatísticos da consistência interna das subescalas do TDMI

Subescalas TDMI	<i>alfa</i> no estudo atual
Caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade	0,905
Intuição	0,844
Pensamento crítico	0,751

▪ **Reformulação de objetivos e hipótese**

Os resultados apresentados conduziram-nos à reformulação de um dos objetivos específicos e, também, da nossa hipótese.

Desta forma o objetivo específico passa a: analisar as relações entre as caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade, a intuição e pensamento crítico e o número de anos de exercício profissional e o número de anos de exercício profissional na urgência.

E a hipótese de investigação a: o número de anos de exercício profissional e número de anos de exercício profissional na urgência contribuem para o desenvolvimento das caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador.

2.3- RESULTADOS DESCRITIVOS DO TDMI

Neste ponto fazemos uma análise dos dados obtidos através da utilização do TDMI, cuja resposta é dada numa escala de *lickert* com valores de 1 a 6.

Na tabela 12 são apresentados dados estatísticos descritivos referentes à globalidade do TDMI e a cada uma das suas subescalas.

Da sua análise podemos verificar que, relativamente, às subescalas, a subescala um “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade” é a que apresenta em média valores mais elevados, 5,32, seguida da subescala três “pensamento crítico” com uma média de resposta de 4,96 e a subescala dois “intuição”, que apresenta uma média de 4,50.

No global os enfermeiros inquiridos apresentam uma concordância moderada relativamente à tomada de decisão na triagem, apresentando uma média de resposta dos itens de 5, que corresponde à opção “concordo moderadamente” (na escala de 1 a 6), com um desvio padrão de 0,453.

**Tabela 12 – Resultados descritivos das subescalas e global do TDMI (N=232)**

TDMI	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Subescala 1	5,32	,478	3,00	6,00
Subescala 2	4,50	,758	1,78	6,00
Subescala 3	4,96	,495	3,45	6,00
Global	5,00	,453	3,17	6,00

As tabelas 13, 14, 15 apresentam vários parâmetros estatísticos referentes às três subescalas do TDMI, que analisaremos de seguida.

Na subescala “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade” (tabela 13), verificamos que todos os itens apresentam uma média de respostas que se situa acima dos 5 pontos, sendo que os itens 1 “tenho conhecimento das diferentes áreas dentro do serviço de urgência” e 6 “Se um doente tiver uma paragem cardíaca junto de mim, sei o que fazer” são os que apresentam valores médios mais altos 5,81 e 5,64, respetivamente e os itens 2 “sinto-me confortável a tomar decisões no serviço de urgência” e 3 “consigo trabalhar sob pressão e manter-me organizado” valores médios mais baixos, 5,09. Ou seja, os enfermeiros em média apresentam uma concordância moderada em relação aos itens desta subescala.

**Tabela 13** – Resultados descritivos da subescala “características cognitivas e confiança na habilidade” (N=232)

Itens	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1	5,81	,479	2	6
2	5,09	,816	1	6
3	5,09	,722	1	6
4	5,22	,734	1	6
5	5,36	,609	4	6
6	5,64	,642	1	6
7	5,43	,634	3	6
14	5,24	1,371	1	6
18	5,38	,686	2	6
19	5,28	,694	3	6
22	5,13	,833	1	6
23	5,13	,697	2	6
25	5,39	,648	3	6
34	5,30	,640	4	6
35	5,38	,619	3	6
36	5,17	,722	2	6

Na tabela 14 referente à subescala “intuição”, constatamos que o item 17 “ a minha experiência anterior é facilitadora da tomada de decisão” é o único a apresentar valor médio superior a 5 pontos, seguido dos itens 8 “Quando estou a triar um doente consigo avaliar a gravidade do seu estado só de olhar para ele”, 9 “quando estou a triar, tenho uma boa intuição em relação aos doentes críticos” e 10 “consigo perceber pela, aparência da pessoa, se precisa ou não de atendimento imediato”, com valores acima dos 4,5 pontos. Os itens 16 “tenho um pressentimento quando alguma coisa má vai acontecer” e 31 “tenho um sexto sentido para doentes em estado crítico” apresentam um valor médio de 4 pontos. O item com menor valor médio é o nº 20 “Independentemente do que aprendi nos livros sigo a minha intuição na triagem”, com 3,66. Concluimos que os enfermeiros em média apresentam uma concordância mínima a moderada relativamente aos itens da Subescala “intuição”, mas no item 20 apresentam em média uma discordância mínima.

**Tabela 14** – Resultados descritivos da subescala “Intuição” (N=232)

Itens	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
8	4,63	,926	1	6
9	4,95	,988	1	6
10	4,90	,979	1	6
12	4,47	,897	1	6
15	4,58	1,066	1	6
16	4,06	1,323	1	6
17	5,20	,975	1	6
20	3,66	1,442	1	6
31	4,09	1,453	1	6

Na subescala “pensamento crítico” (tabela 15), metade dos itens apresentam valores médios superiores a 5. O item 21 “Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões na triagem” é o que apresenta uma média mais baixa, inferior a 4 pontos. Os restantes itens, 26, 28, 29, 30, apresentam valores entre os 4,67 e os 4,95. Podemos afirmar que, em relação a esta dimensão os enfermeiros apresentam na sua maioria e em média uma concordância mínima a moderada.

**Tabela 15** – Resultados descritivos da subescala “Pensamento crítico” (N=232)

Itens	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
13	5,41	,611	3	6
21	3,91	1,396	1	6
24	5,25	,688	2	6
26	4,95	1,014	1	6
27	5,09	,651	2	6
28	4,79	,912	1	6
29	4,67	1,416	1	6
30	4,79	,889	1	6
32	5,06	,817	1	6
33	5,33	,662	3	6
37	5,27	,649	3	6

#### 2.4- CORRELAÇÕES ENTRE AS SUBESCALAS E O GLOBAL DO TDMI

Utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a correlação existentes entre as várias subescalas e destas com o global do TDMI.

Considerámos um coeficiente de correlação entre -1 e 1, tendo em conta que a aproximação a estes extremos, indica uma associação linear entre as variáveis mais forte (Pestana e Gageiro, 2008; Fortin e Filion, 2009).

Pestana e Gageiro (2008) sugerem os seguintes valores de referência: R menor de 0,2 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e entre 0,9 e 1 muito alta.

Foram encontradas as seguintes relações estatisticamente significativas entre as subescalas e a globalidade do TDMI (tabela 16):

- Subescala 1 “Caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade com a subescala 2 “intuição”, o coeficiente de correlação é positivo, moderado e significativo ( $r=0,432$ )

- Subescala 1 “Caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade com a subescala 3 “pensamento crítico”, o coeficiente de correlação é positivo, moderado e significativo ( $r=0,623$ )
- Subescala 2 “Intuição e subescala 3 “pensamento crítico”, o coeficiente de relação é positivo, moderado e significativo ( $r=0,537$ )
- Subescala 1 “Caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade” e o global do TDMI, o coeficiente de correlação é positivo, alto e significativo ( $r=0,822$ )
- Subescala 2 “intuição” e o global do TDMI, o coeficiente de relação é positivo, alto e significativo ( $r=0,789$ )
- Subescala 3 “pensamento crítico” e o global do TDMI, o coeficiente de relação é positivo, alto e significativo ( $r=0,837$ ).

**Tabela 16** – Resultado estatístico do teste de correlação de Spearman subescalas e global do TDMI

		Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Global TDMI
Subescala 1	r	1,000	,432**	,623**	,822**
	p	-	,000	,000	,000
Subescala 2	r	,432**	1,000	,537**	,789
	p	,000	-	,000	,000
Subescala 3	r	,623**	,537**	1,000	,837**
	p	,000	,000	-	,000

Correlação significativa para  $p<0,01$

## 2.5- SCORE DO TDMI

O score total possível para o TDMI com 36 itens é de 216 pontos, o que corresponderia à atribuição da pontuação 6 “Concordo bastante” em todos os itens. A média dos scores dos participantes é de 180 pontos, com um mínimo de 114 e um máximo de 214 pontos como podemos observar na tabela 17.

Desta forma o ponto de corte/viragem no TDMI com 36 itens é de 180 pontos, ou 83%, pelo que, se o enfermeiro pontuar menos do que isto, deverá ser feita uma avaliação dos resultados das subescalas e verificar onde está o problema. Se os resultados forem generalizados pelas subescalas, é indicativo de necessidade do enfermeiro adquirir mais experiência e reforço de formação em triagem.

**Tabela 17 – Resumo dos resultados descritivos do score do TDMI**

<b>TDMI</b>	
Média	180,09
Moda	181,00
Desvio padrão	16,32
Mínimo	114,00
Máximo	214,00

▪ **Resultados descritivos do score do TDMI**

A análise da tabela 18 corresponde aos resultados descritivos do score do TDMI em relação ao número de anos de exercício profissional. Constatamos que os enfermeiros com mais de 20 anos de exercício profissional têm a média de scores mais alta 186,23, enquanto os enfermeiros com 1 a 5 anos têm a média mais baixa de 172,27. Verificamos que nos grupos de enfermeiros dos 6 aos 10 anos e dos 11 aos 15 anos de exercício profissional os scores são aproximados.

**Tabela 18 - Resultados descritivos dos scores do TDMI em relação número de anos de exercício profissional**

<b>Anos exercício profissional</b>	<b>1 a 5 anos</b>	<b>6 a 10 anos</b>	<b>11 a 15 anos</b>	<b>16 a 20 anos</b>	<b>Mais de 20 anos</b>
<b>Estatística</b>					
Média	172,27	179,36	179,76	184,84	186,23
Mediana	176,00	180,00	180,00	185,00	187,50
Desvio padrão	19,59	13,44	15,24	16,23	16,23
Mínimo	114	148,00	148,00	146,00	153,00
Máximo	205,00	207,00	208,00	214,00	209,00

Relativamente aos resultados do score do TDMI face ao número de anos de exercício profissional na urgência e de acordo com a tabela 19, verificamos que o grupo com 5 ou mais anos de exercício profissional na urgência, apresenta em média scores mais altos (183,28) do que o grupo com menos de 5 anos (170,09). Já relativamente ao desvio padrão o resultado é inverso, encontrando-se uma dispersão dos dados maior no grupo com menos de cinco anos (17,77), do que no grupo com 5 ou mais anos (14,49).

**Tabela 19** - Resultados descritivos dos scores do TDMI em relação ao número de anos de exercício profissional na urgência

<b>Anos urgência</b>	<b>Menos de 5 anos</b>	<b>5 ou mais anos</b>
<b>Estatística</b>		
Média	170,09	183,28
Mediana	173,00	184,00
Desvio padrão	17,77	14,49
Mínimo	114,00	146,00
Máximo	205,00	214,00

▪ **Score do TDMI e número de anos de exercício profissional**

Numa primeira avaliação procurámos comparar médias do score total do TDMI entre os grupos de enfermeiros por anos de exercício profissional, através da análise de variância utilizando o teste ANOVA (quadro 3), para averiguar se as diferenças encontradas nos 5 grupos eram estatisticamente significativas. Obtivemos um valor de  $p = 0,001$ , ou seja,  $< 0,05$  o que demonstra que as diferenças encontradas nas médias dos scores do TDMI nos vários grupos, são estatisticamente significativas.

**Quadro 3** - Resultados estatísticos do teste ANOVA entre o Score do TDMI e número de anos de exercício profissional

<b>Teste ANOVA</b>		
Nº anos de exercício profissional	f	p
Score TDMI	4,676	,001

Quando completado o teste ANOVA com o teste de homogeneidade das variâncias, Tuckey (tabela 20), verificamos que as médias de score do TDMI dos enfermeiros com um 1 a 5 anos, 16 a 20 anos e mais de 20 anos de exercício profissional são significativamente diferentes.

**Tabela 20** – Resultados estatísticos do teste de homogeneidade de variâncias

(I) Nº de anos de exercício profissional	(J) Nº anos de exercício profissional	Diferença de médias (I-J)	p
1 a 5 anos	6 a 10 anos	-7,09315	,134
	11-15 anos	-7,49641	,249
	16 a 20 anos	-12,57262 <sup>*</sup>	,003
	21 a 30 anos	-13,96504 <sup>*</sup>	,003
6 a 10 anos	1 a 5 anos	7,09315	,134
	11-15 anos	-,40326	1,000
	16 a 20 anos	-5,47946	,344
	21 a 30 anos	-6,87189	,251
11-15 anos	1 a 5 anos	7,49641	,249
	6 a 10 anos	,40326	1,000
	16 a 20 anos	-5,07620	,625
	21 a 30 anos	-6,46863	,478
16 a 20 anos	1 a 5 anos	12,57262 <sup>*</sup>	,003
	6 a 10 anos	5,47946	,344
	11-15 anos	5,07620	,625
	21 a 30 anos	-1,39242	,996
Mais de 20 anos	1 a 5 anos	13,96504 <sup>*</sup>	,003
	6 a 10 anos	6,87189	,251
	11-15 anos	6,46863	,478
	16 a 20 anos	1,39242	,996

▪ **Score do TDMI e número de anos de exercício profissional na urgência**

Para determinar se existiam diferenças entre o enfermeiro que trabalha na urgência há menos de 5 anos e o enfermeiro experiente em urgência (5 ou mais anos) realizámos o teste t de Student para testar se as médias são ou não significativamente diferentes.

Pela análise do quadro número 4, concluímos que as médias do score do TDMI do grupo com menos de 5 anos de exercício profissional na urgência e do grupo com 5 ou mais anos de exercício profissional na urgência são significativamente diferentes, uma vez que temos um  $p=0,000$ , ou seja,  $<0,05$ .

**Quadro 4** – Resultados estatísticos do teste t de student entre o score do TDMI e o número de anos de exercício profissional na urgência

<b>Teste t de student</b>		
Nº anos de exercício profissional na urgência		
Score TDMI	<b>t</b>	<b>p</b>
(assumindo variâncias iguais)	-5,605	,000

Os resultados estatísticos destes testes permitiram confirmar a nossa hipótese, uma vez que foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre o número de anos de exercício profissional, o número de anos de exercício profissional na urgência e o score do TDMI, logo contribuem para o desenvolvimento das características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador.



### **3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nesta fase da nossa dissertação procedemos à análise crítica dos dados considerando o quadro teórico de referência com base na reflexão sobre cada resultado. Serão debatidos os resultados mais significativos e comparados com os de outras investigações.

Este estudo tinha como objetivo principal a adaptação e validação do TDMI para a população portuguesa. A validação e tradução de um instrumento de medida para a língua portuguesa não é um processo fácil, pelo contrário, é bastante moroso e exige uma série de etapas até à obtenção de uma escala final com validade de constructo. É no entanto gratificante ver o resultado final, com a garantia que se irá aplicar um instrumento coerente e racional e com utilidade para a prática profissional do enfermeiro triador.

Como este instrumento permite avaliar a perceção dos enfermeiros da sua habilidade de tomada de decisão na triagem e determinar se existem diferenças nesta tomada de decisão com base na experiência profissional; a amostra foi constituída por 232 enfermeiros triadores de serviços de urgências básicas, médico-cirúrgicas e polivalentes do centro e sul do país. Podemos considerar que a amostra deste estudo é representativa do universo, no entanto, não é proporcional no que se refere à distribuição geográfica. Consideramos que este fator não é limitativo no âmbito deste trabalho, porque a tomada de decisão dos enfermeiros triadores que participaram no nosso estudo é baseada na utilização do mesmo sistema de triagem que a quase totalidade dos hospitais portugueses, a triagem de Manchester, pelo que se encontram confrontados com realidades muito semelhantes. Esta escala avalia se o enfermeiro está e se sente preparado para tomar decisões na triagem, pelo que está relacionado com aspetos individuais em termos de características cognitivas, experiência/confiança na habilidade, capacidade de pensamento crítico e intuição, que poderão ser avaliadas sem ter em conta a localização geográfica dos indivíduos.

Os enfermeiros inquiridos pertenciam, na sua maioria, ao grupo etário dos 31-40 anos (42,2%), embora o grupo dos 20-30 anos também represente uma percentagem elevada (34,9%)

Salientamos que 14,7% dos indivíduos tem formação especializada na área da enfermagem, sendo a área predominante a enfermagem médico-cirúrgica e relativamente, ao nível académico, a maioria é licenciado (62,9%).

Em termos profissionais os enfermeiros integram maioritariamente o grupo dos 6-10 anos de exercício profissional (35,8%), sendo que a média de anos de exercício profissional no serviço de urgência é de 9,16 anos. Quando agrupados a grande maioria (75,9%) integra o grupo com mais de cinco anos de exercício profissional no serviço de urgência. A maioria (58,6%) exerce funções em serviços de urgências médico-cirúrgicas.

Para avaliar as características psicométricas do TDMI recorremos à análise fatorial exploratória pelo método de rotação varimax. Realizámos uma análise fatorial inicial que identificou sete fatores, o que não ia de encontro ao proposto inicialmente pela autora, além do que sugeria dimensões muito pequenas perdendo-se todo o sentido lógico de constructo, razão pela qual foi abandonada esta possibilidade. Procurando uma aproximação à análise fatorial obtida pela autora do TDMI, efetuámos uma análise fatorial forçada a quatro fatores, no entanto, os valores de *alfa de Cronbach* encontrados para o quarto fator não foram satisfatórios, pelo que também não foi considerada esta possibilidade. Optámos por realizar uma análise fatorial forçada a três fatores, tendo em conta a variação explicada a 5 % e o Scree Plot, o que vem contrariar o inicialmente proposto pela autora da escala original que identificou quatro fatores. No entanto, os três fatores identificados no nosso estudo refletem a conceção original dos fatores da tomada de decisão na triagem (Cone, 2000), com os itens dos fatores originais “caraterísticas cognitivas” e “experiência/ confiança na habilidade” a recaírem num único fator renomeado “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade”. Mantivemos o fator “intuição” e “pensamento crítico”. Ao analisarmos outros estudos em que foi aplicada a mesma escala, verificámos que Smith e Cone (2010) identificaram cinco fatores: caraterísticas cognitivas, experiência, pensamento crítico, intuição e um quinto fator que englobou os dois itens construídos na negativa. Este último fator demonstrou, no entanto, uma fraca consistência interna. Já no estudo de Smith (2012), emergiram três fatores da análise fatorial: habilidades cognitivas, intuição e experiência. Verificamos que, embora com algumas diferenças quer os dois estudos referidos, quer o nosso estudo, refletiram a conceptualização original da tomada de decisão na triagem e fatores identificados por Cone (2000).

Optámos por eliminar o item 11 “Envio muitos doentes para a emergência mesmo que eventualmente não necessitem, porque tenho receio de cometer um erro” por manter

correlação negativa com fator após transformação de identidade, resultando num instrumento com 36 itens.

Os três fatores encontrados explicam apenas 46,69% da variância, no entanto salientamos os valores de KMO 0,918, considerado um valor excelente e o do teste de Barlett ( $p < 0,001$ ), no qual o nível de significância estatística confirma que as variáveis se correlacionam significativamente, o que nos leva a afirmar que a realização da análise fatorial foi adequada.

O TDMI (36 itens) revelou boas propriedades psicométricas, com valores de *alfa de Cronbach* de 0,913 no seu global, de 0,905 para a subescala “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade”, 0,844 para a subescala “intuição” e 0,751 para subescala “pensamento crítico”, ligeiramente inferiores aos resultados obtidos por Cone (2000) e Smith e Cone (2010) e Smith (2012).

As subescalas do TDMI apresentam uma correlação positiva, moderada e significativa entre si e todas apresentam uma correlação positiva, elevada e muito significativa com o global do TDMI (36 itens). Quer isto dizer que todas as subescalas se influenciam mutuamente, ou seja, quando aumentam as “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade” aumentam a “intuição e o “pensamento crítico” e vice versa. O estudo de Patel et al (2008) demonstrou que as decisões de triagem com o aumento da perícia são baseadas na intuição, o que vem de encontro aos nossos resultados. Já Hicks et al. (2003), aponta no sentido de que o pensamento crítico não está relacionado com a formação e experiência.

Em relação à globalidade do TDMI, quando aumentam as “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade”, “intuição” e o “pensamento crítico” aumenta a percepção da habilidade de tomada de decisão do enfermeiro triador. Estes resultados corroboram os de Mukhamed, Hathairat e Praneed (2013), que encontraram correlações positivas entre a habilidade de triar e a experiência profissional. Também Göransson et al. (2008) no seu estudo detetou diferenças, embora ligeiras, entre a utilização de estratégias de pensamento e a estrutura do processo de triagem com o nível de precisão de triagem prévia.

Podemos assim afirmar que existe relação entre a percepção dos enfermeiros da sua habilidade de tomada de decisão na triagem e as caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico. E que a primeira aumenta à medida que as restantes aumentam. No seu estudo, Cone e Murray (2002) identificaram a experiência, formação, intuição e o pensamento crítico como elementos fundamentais à preparação do enfermeiro triador. Também Andersson, Omberg e Svedlund (2006)

identificaram a experiência, o conhecimento e a intuição como habilidades presentes na tomada de decisão do enfermeiro triador.

Relativamente às respostas dos enfermeiros triadores, considerando como valor máximo o 6, que corresponde à opção (concordo bastante), verificámos que a média se situa nos 5 pontos, ou seja, muito próximo, o que vai de encontro ao desejável e permite afirmar que, em média, os enfermeiros têm uma perceção de concordância da sua habilidade de tomada de decisão na triagem. As médias de concordância mais baixas foram encontradas na subescala “intuição”, com o item 20 “Independentemente do que aprendi nos livros sigo a minha intuição na triagem” a obter a média mais baixa 3,66 no total do TDMI.

Na versão final do TDMI com 36 itens constatámos que a pontuação máxima possível passa a ser 216. A média do score do TDMI encontrada para o nosso estudo é de 180 pontos, que corresponde a 83%, mais baixo do que o encontrado pela autora inicial que era de 93%, ou seja, a nossa população apresenta uma perceção da sua habilidade de tomada de decisão mais baixa que do que a do estudo inicial. Estes resultados podem ser justificados pelo fato deste instrumento ter sido aplicado numa população com características diferentes, num país diferente, com organizações e modelos de triagem diferentes. Revelam, no entanto, um dado importante, que nos orienta para a necessidade de investir mais na formação e treino em triagem, bem como no reforço positivo aos profissionais. Neste contexto, importa realçar que o item 21 “Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões na triagem” da subescala “pensamento crítico” foi o segundo item a apresentar a média mais baixa, inferior a 4 pontos (3,91), o que revela ser um aspeto menos valorizado e que influencia a perceção dos enfermeiros da sua habilidade de tomada de decisão na triagem. Cone e Murray (2002) e Chung (2006) identificaram a importância do reforço positivo na melhoria da capacidade de tomada de decisão na triagem.

A nossa hipótese de investigação procurava verificar se existiam diferenças entre o enfermeiro triador principiante e o experiente. No sentido de dar resposta ao pretendido foi avaliada a influência das variáveis sociodemográficas: número de anos de exercício profissional e número de anos de exercício profissional na urgência, no score do TDMI (caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico) e comparados estes resultados com os encontrados pela autora deste instrumento (Cone, 2000).

Verificámos que os enfermeiros triadores com mais anos de exercício profissional apresentam em média scores do TDMI superiores aos enfermeiros com menos anos

de exercício profissional. Sendo que o score médio mais baixo recai no grupo 1 aos 5 anos e o score médio mais alto recai no grupo com mais de 20 anos. É curioso verificar que os grupos dos 6 aos 10 anos e o dos 11 aos 15 anos apresentam em média scores do TDMI ligeiramente inferiores ao ponto de corte, que se situa nos 180 pontos, o que significa que têm uma perceção baixa embora de forma ligeira da sua habilidade de tomada de decisão na triagem. Este resultado pode ser explicado pelo fato de apesar do número de anos de exercício profissional, os enfermeiros inquiridos destes grupos, terem pouca experiência profissional em urgência. Verificámos, através do teste ANOVA, que existem diferenças estatisticamente significativas no score médio do TDMI entre os vários grupos profissionais ( $f=4,676$ ,  $sig.=0,001$ ). Quando completada a análise com o teste Post Hoc, concluímos que enfermeiros com 1 a 5 anos têm um score médio do TDMI diferente e estatisticamente significativo dos enfermeiros com 16 a 20 anos e mais de 20 anos de exercício profissional. Estes resultados vêm de encontro aos de Cone (2000), embora no estudo inicial as diferenças tenham sido estatisticamente diferentes nos grupos de 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 16 a 20 e mais de 20 anos de exercício profissional.

Relativamente à experiência profissional em urgência, os enfermeiros com menos de cinco anos de exercício profissional na urgência apresentaram em média scores do TDMI inferiores ao grupo de enfermeiros com cinco ou mais anos. A realização do teste t de student permitiu concluir que as diferenças encontradas entre estes dois grupos são, estatisticamente, significativas ( $p=0,000$ ) o que vai de encontro aos resultados de Cone (2000). O estudo de Cone & Murray (2002) detetou a necessidade de formação na área da emergência para novos enfermeiros triadores. Também Mukhamad, Hathairat & Praneed (2013) sugerem que a formação em gestão de situações de emergência é fundamental para aumentar e atualizar as competências para triar.

Os resultados dos estudos de Martin (2002), Cone e Murray (2002), Hicks et al. (2003), Smith & Cone 2010 e Mukhamad, Hathairat & Praneed (2013) e Dadashzadeh et al. (2014) são similares aos encontrados no nosso estudo e confirmam a influência da experiência profissional na tomada de decisão do enfermeiro triador.

Podemos, assim, afirmar que o número de anos de exercício profissional e o número de anos de exercício profissional na urgência contribuem para o desenvolvimento das características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador.

A evidência das diferenças estatisticamente significativas na percepção dos enfermeiros da sua habilidade de tomada de decisão na triagem, em função da experiência profissional vem reforçar a validade e fidelidade do TDMI.

#### **4- LIMITAÇÕES E SUGESTÕES**

A avaliação crítica dos resultados permite apreciar algumas limitações existentes e refletir sobre o trabalho de investigação realizado, considerando uma interpretação e generalização cautelosa.

A realização de um trabalho de investigação não permite abranger todos os aspetos referentes a um determinado fenómeno, pelo que o conhecimento que dele resulta também é de certa forma limitado. De qualquer forma, os resultados obtidos surgem como um importante contributo para compreender e conhecer melhor uma determinada problemática.

Procuramos neste ponto evidenciar e identificar algumas limitações e problemas encontrados no decurso da investigação.

Consideramos que o tipo e tamanho da amostra é uma das principais limitações do estudo, uma vez que na análise fatorial é desejável um número elevado de respostas. O tempo disponível para a recolha de dados e a própria disponibilidade dos participantes surgem como fatores dificultadores encontrados no decurso do nosso estudo. Este aspeto pode originar algumas limitações na generalização dos resultados.

Julgamos, no entanto, tratar-se de um passo importante para dar resposta à problemática em estudo, bem como incentivar a pesquisa nesta área com o objetivo de compreender a tomada de decisão do enfermeiro triador nos serviços de urgência.

O TDMI é uma ferramenta importante, que poderá auxiliar os enfermeiros no desenvolvimento de competências na tomada de decisão em triagem.

A sua validação para a língua portuguesa permitirá identificar necessidades de formação e treino em triagem e avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem e confirmar se o enfermeiro está e se sente preparado para triar no serviço de urgência.

A utilização do TDMI em pesquisas futuras é fulcral para apurar e desenvolver melhor este instrumento e validar a sua importância na prática clínica do enfermeiro triador em Portugal.



## CONCLUSÃO

A complexidade do sistema de cuidados de saúde desafia os enfermeiros a serem hábeis pensadores críticos e decisores. Na sua prática diária o enfermeiro depara-se com múltiplos contextos que exigem uma rápida tomada de decisão. Nos serviços de urgência, a instabilidade, informação limitada e a exigência de decisões rápidas e adequadas exige que o enfermeiro possua um conjunto de habilidades técnico-científicas para que tomem decisões corretas, fulcrais ao cuidado ao doente.

Ao enfermeiro triador cabe a responsabilidade de priorizar o atendimento ao doente de acordo com a gravidade da situação e assim gerir fluxos e circuitos de gestão de doentes. As dificuldades inerentes a esta função, motivadas pelo excesso de admissões de doentes e responsabilidade de gestão de prioridades conduziram a realização desta investigação.

Este estudo promoveu a validação do TDMI, que possibilita avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência.

Neste sentido, foi estudada uma amostra de 232 enfermeiros triadores de serviços de urgência do centro e sul de Portugal, que de forma voluntária e anónima preencheram o questionário entregue.

Foi feita a validação linguística e cultural do TDMI e realizada a análise fatorial forçada para explorar a sua validade de constructo, uma vez que a análise fatorial exploratória agrupou os itens em sete fatores, o que não se mostrava sobreponível à forma como a autora deste instrumento o tinha feito e conduzia e a subescalas com poucos itens, sem validade lógica e racional. Seguindo a linha de pensamento da autora realizámos uma análise fatorial forçada a quatro fatores, mas os valores de *alfa de Cronbach* encontrados para o quarto fator direcionaram-nos a um novo percurso.

Deste modo optámos por uma análise fatorial forçada a três fatores, tendo em conta a avaliação do scree plot e a variância explicada a 5%. Assim, emergiram três subescalas: “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade”, “intuição” e “pensamento crítico”, que embora contrariem a linha de pensamento da autora da escala (Cone, 2000) que descreveu quatro subescalas, mantêm a sua conceptualização inicial, com as subescalas “Caraterísticas cognitivas” e

“experiência/confiança na habilidade” a recaírem numa única subescala renomeada “caraterísticas cognitivas e confiança na habilidade”. Apenas o item 11 foi eliminado, por apresentar relação negativa com o fator, após troca de identidade, ficando a escala com um total de 36 itens.

Este instrumento demonstrou ser válido à prossecução da nossa investigação. Encontrámos bons índices de fiabilidade do instrumento (TDMI) e das suas subescalas. Apenas a subescala “pensamento crítico” teve um valor mais baixo, mas aceitável, o que permitiu avançar com o nosso estudo.

As subescalas do TDMI demonstraram uma correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada entre sim e em relação ao global do TDMI todas apresentam uma correlação estatisticamente significativa, positiva e forte.

Concluímos que em média os enfermeiros apresentam uma perceção de concordância em relação à sua habilidade de tomar decisões na triagem.

O item 20 “Independentemente do que aprendi nos livros sigo a minha intuição na triagem” da subescala intuição e o item 21 “Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões na triagem” da subescala pensamento crítico foram os que obtiveram em média pontuações mais baixas.

O TDMI permite através do somatório das respostas dos itens avaliar se os enfermeiros estão e se sentem preparados para tomar decisões na triagem.

O total do score do TDMI (36 itens) é de 216 pontos e a média dos enfermeiros que participaram no nosso estudo é de 180 pontos, ou seja 83%, sendo este o nosso ponto de corte. Deste modo, concluímos que os enfermeiros portugueses em média têm um perceção da sua habilidade de tomar decisões na triagem mais baixa que a amostra do estudo inicial, que foi de 93%.

O grupo 1 a 5 anos de exercício profissional foi o que apresentou em média o score do TDMI mais baixo e os grupos 16 a 20 anos e com mais de 20 anos os que obtiveram o score médio mais alto. Os scores do TDMI médios dos grupos 6-10 anos e 11-15 anos foram uma surpresa, já que apresentaram valores ligeiramente abaixo do nosso ponto de corte (180 pontos), demonstrando uma perceção mais baixa do que se poderia prever, embora possa estar relacionado com o fato de apesar do número de anos exercício profissional os enfermeiros inquiridos destes grupos terem pouca experiência profissional em urgência.

Relativamente aos scores do TDMI e às variáveis sociodemográficas: anos de exercício profissional e anos de exercício profissional na urgência concluímos que os

enfermeiros triadores com mais anos de exercício profissional e mais anos de exercício profissional na urgência apresentam scores médios mais elevados.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com 1 a 5 anos de exercício profissional e os enfermeiros com 16 a 20 e mais de 20 anos de exercício profissional.

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com menos de 5 anos e o grupo com 5 ou mais anos de exercício profissional na urgência.

As diferenças estatisticamente significativas encontradas entre as variáveis sociodemográficas e o score do TDMI, permitiram confirmar a nossa hipótese e concluir que número de anos de exercício profissional e número de anos de exercício profissional na urgência contribuem para o desenvolvimento das, características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador.

Podemos concluir assim, que a experiência profissional influencia a tomada de decisão dos enfermeiros triadores, o que corrobora os resultados da autora da escala.

Estas conclusões permitem afirmar que o TDMI é um instrumento válido e fiável para avaliar a perceção dos enfermeiros portugueses da sua habilidade de tomada de decisão na triagem.

Este instrumento permite que os enfermeiros reconheçam se estão preparados para tomar decisões na triagem e identifica áreas em que estes necessitam de mais formação e treino.

O TDMI deverá ser encarado como uma ferramenta de melhoria para o enfermeiro triador e não como uma forma de avaliação.

A validação desta escala proporciona um instrumento que vem auxiliar os serviços de urgência a prepararem enfermeiros competentes com capacidade de pensamento crítico para triar, tomando decisões corretas, priorizando cuidados e proporcionando o melhor resultado possível para o doente.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A. M., Duro, C. L., & Lima, M. D. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, 33(4), pp. 181-190.
- Aloyce, Leshabari & Brisiewiez. (2014). Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency Centres in Dar es Salam, en Tanzanie. *African Journal Of Emergency Medicine*, 4(1), 14-18.
- Amaral, A. S., Ferreira, P. L., & Gray, L. C. (s.d.). Validação do International Resident Assessment Instrument – Acute Care (InterRAI-AC) para a população portuguesa. *Revisae de Enfermegem Referência*, IV(1), pp. 103-115.
- Andersson , A., Omberg , M., & Svedlund, M. (2006). Triage in emergency department - a qualitative study of factors wich nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11(3), pp. 136-145.
- Australasian College for Emergency Medicine. (Novembro de 2013). *Guidelines on the implementation of the australasian triage scale in emergency department*. Obtido em 19 de Março de 2014, de <https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scal.aspx>
- Australasian College for Emergency Medicine. (Novembro de 2013). *Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in Emergency Department*. Obtido de Web site de Australasian College for emergency Medicine: <https://www.acem.org.au>
- Australian College of Critical Care Nurse. (2012). ACCN's Critical Care Nurse. 2ª. Australian: Elsviver.
- Australian Government, D. (2007). *Emergency triage education kit*.
- Beaton Dorcas E. et al. (2000). Guidelines for the processos of cross- cultural adaptation of self report measures. *SPINE*, 25, N°24, pp. 3186-3191.
- Benner. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and intervencions in acute and critical care*. New York: Springer Publishing Company.

- Brunt, B. A. (March/April de 2005). Critical Thinking in Nursing: An Integrated Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(2), 60-67.
- Calado, A., Marques, J., & Pinto, N. (2007). Tomada de decisão. Coimbra, Portugal: Instituto Superior de Engenharia de Coimbra.
- Christ et al. (2010). Modern triage in emergency department. *Dtsch Arztebl*, 107(50), pp. 892-898.
- Chung, J. Y. (October de 2005). An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident and emergency nursing*, 13(4), pp. 206-213.
- College of emergency Nursing Australasia. (2009). *Position statement - Triage nurse*. Obtido em 19 de Março de 2013, de [http://cena.org.au/CENA/Documents/CENA\\_Position\\_Statement\\_Triage\\_Nurse.pdf](http://cena.org.au/CENA/Documents/CENA_Position_Statement_Triage_Nurse.pdf)
- Cone, J. K., & Murray, R. (October de 2002). Characteristics, insights, decision making, and preparation of emergency department triage nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 401-406.
- Cone, K. J. (2000). The Development of an instrument to measure decision making perceptions in emergency department triage nurses. *Doctoral dissertation*. Saint Louis, Missouri: Saint Louis University.
- Dadashzadeh, A., Abdolazadeh, F., Rahmani, A., & Ghojazadeh, M. (2014). Factors affecting triage decision-making from the viewpoints of emergency department staff in Tabriz hospitals. *Iran Journal: Critical Care Nurse*, 6(4), 267-272.
- Despacho do Gabinete do Ministério da Saúde. (s.d.). nº 18459/MS/06." D.R. II Série". 176 (06-09-06) 18611-18612.
- Despacho do Gabinete do Ministério da Saúde. (s.d.). nº 19124/MS/05. "D.R. II Série". 169 (05-09-06) 12834.
- Dolan, B., & Holth, L. (2008). *Accident & emergency: Theory into practices* (2ª ed.). London: Baillière Tindall.
- Dowding, D., & Thompson, C. (2003). Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 49-57.
- Emergency Nurses Association. (February de 2011). *Triage qualifications - Position statement*. Obtido em 7 de Fevereiro de 2014, de <https://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/TriageQualifications.pdf>

- Faen et al. (2012). *Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care*. Boston: Agency for healthcare research and quality.
- Farrokhnia, N., & Göransson, K. (2011). Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scandinavian Journal of Trauma*, 19(72), 1-5.
- FitzGerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdtz, M. F. (2009). Emergency Department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, 1-7.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. J. (2010). *Metodologia científica: Fundamentos Métodos e Técnicas* (2ª Edição ed.). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Göransson, K., Ehnfors, M., Fonteyn, M., & Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by registered nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 163-172.
- Grupo português de triagem. (2002). *Triagem no serviço de urgência - Manual do formando* (2ª ed.). Lisboa: BMJ Publishing group.
- Grupo Português de Triagem. (s.d.). *Manchester Triage system*. Obtido em 19 de Março de 2014a, de Emergency Triage System: [http://www.triagenet.net/en/IRG\\_Portugal](http://www.triagenet.net/en/IRG_Portugal)
- Grupo português de triagem. (s.d.). *Grupo Português de triagem*. Obtido em 19 de Março de 2014b, de Grupo Português de Triagem: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/9-diversos>
- Gunnarsson, B. M., & Stomberg, M. W. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. 17, pp. 83-89.
- Hall, A., Neves, C., & Pereira, A. (2011). *Grande maratona de estatística no SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.
- Hicks, F. D., Merrit, S. L., & Elstein, A. S. (May de 2003). Critical thinking and clinical decision making in critical care nursing: A pilot study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32(3), 169-180.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª Edição ed.). Lisboa, Portugal: SÍLABO.
- Hogan, D. E., & Burstein, J. L. (2007). *Disaster Medicine* (2ª ed.). Walnut Street, Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hora, H. R., Monteiro, G. T., & Arica, J. (Jun de 2010). Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente *alfa de Cronbach*. *Produto & Produção*, 11(2), pp. 85-103.

- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2008). *Delineando Pesquisa Clínica -Uma abordagem Epidemiológica* (3ª ed.). São Paulo, Brasil: Arned.
- Iserson, V. K., & Moskop, J. C. (March de 2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, history and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), pp. 275-287.
- Jesus, É. H. (2006). *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Lauri, S., & Salanterä. (March-April de 2002). Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 93-100.
- Lee et al. (2011). The validity of canadian triage and acuity scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. *Journal of trauma, resuscitation and emergency*, 19(68), 1-8.
- Mace, E. S., & Mayer, T. A. (2007). Triage. In S. G. Rothrock, *Pediatric Emergency Medicine* (pp. 1087-1118). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.
- Majid et al. (July de 2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses's perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*, 99(3), pp. 229-236. Obtido em 9 de Setembro de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133901/pdf/mlab-99-03-229.pdf>
- Manchester Triage Group. (2006). *Emergency Triage* (2ª ed.). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Manchester Triage Group. (2014). *Emergency triage* (3ª ed.). UK: Wiley Blackwell.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., & Marques, T. G. (2006). Qual a fiabilidade do *alfa de Cronbach*? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1): 65-90 (2006), 4(1), pp. 65-90. Obtido em 2 de Fevereiro de 2014, de [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)

- Moore, S. H., & Pasterik, P. J. (2006). Evaluating Critical Thinking in Clinical. 3(1), 1-15. Obtido em 20 de Abril de 2014, de <http://www.bepress.com/ijnes/vol3/iss1/art27>
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Mukhamad , F., Hathairat , S., & Praneed , S. (2013). Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3, 1,, 3(1), 511-525.
- Neves, M. d. (2005). Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem*, 9(2), pp. 2-13.
- Nunes, F. F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing*, 219, pp. 7-11.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade. *II Congresso da Ordem dos Enfermeiros*, (pp. 1-12).
- Oliveira, A. C., Thomaz, R. T., & Martuchi, S. D. (2011). Desastres: visão brasileira. In W. Malagutti, & J. A. Martins, *Catástrofes - Atuação multidisciplinar em emergências* (pp. 19-29). São Paulo: Martinari.
- Patel, V., Gutnik, L., Karlin, D., & Pusci, M. (November de 2008). Calibrating urgency: triage decision making in a pediatric emergency department. *Advances in Health Sciences Education*, 13(4), pp. 503-520.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais; a complementaridade do spss* (5ª ed.). Lisboa: Edições sílabo.
- Pinto, N. T. (2006). A importância do pensamento crítico para a decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, pp. 11-15.
- Polit, D. F., Beck, C. B., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem - Métodos, avaliação e utilização* (5ª Edição ed.). Porto Alegre, Brasil: ARTMED EDITORA S.A.
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). *Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia*. Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Departamento de Epidemiologia - Instituto de Medicina Social. Rio de janeiro: I.
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. G. (19 de December de 2012). *Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department*. Obtido em 24 de Abril de 2013, de Grupo Português de Triagem: <http://grupoportuguestriagem.pt/jm/docs/artigo1.pdf>

- Seymour, K. B., & Sutherland, N. (2003). Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 288-296.
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de prioridades - Triagem de Manchester*. Universidade do Porto. Porto: Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar.
- Smith, A. J. (2012). Assessing confidence in triage decision making. *Journal for Nurses Staff Development*, 28(3), 132-136.
- Smith, A., & Cone, K. J. (2010). Triage Decision-Making skills: A necessity for all nurses. *Journal for nurses in staff development*, 26(1), 14-19.
- Smith, A., Lollar, J., Mendenhall, J., Brown, H., Johnson, P., Roberts, S., & AL, M. (2013). Use of multiple pedagogies to promote confidence in triage decision making: a pilot study. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 660-666.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (Maio-Junho de 2007). *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa qualitativa*. (R. L.-A. online, Produtor) Obtido de Web site Scielo: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), pp. 3-20. Obtido em 5 de May de 2014, de <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-6-1.pdf>
- Steel, L. R. (October de 2005). Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal*, 23(2), 154-155.
- Thompson, C. (2003). Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 230-237.
- Thompson, C., & Dowding, D. (2002). *Clinical decision making and judgement in nursing*. Churchill Livingstone.
- Thompson, C., Cullum, N., Mccaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making—the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence Based nursing*, 7, pp. 68-72. Obtido em 5 de May de 2014, de <http://ebn.bmj.com/content/7/3/68.full.pdf+html>
- Weyrich, et al. (Fevereiro de 2012). Triage systems in emergency department. *Med Klin intensivmed Notfmed*, 107(1), pp. 67-68.

**ANEXOS**



## **Anexo I**

(TDMI versão em língua Inglesa)



## Triage Decision Making Inventory

### Legend for Subscales:

CC – cognitive characteristics

I – intuition

CT – critical thinking

E – Experience /skill confidence

#11 and 14 are reversed scoring; the expected answer is strongly disagree. If the nurse picks “6” on #11, they would receive a score of 1. If they picked a “5”, then they would get 2 points for their total score and so on.

The cut point for scores is 206 or a 93%. If the nurses score less than this, then I would look at the subscales and see where the problem lies. If the results are generalized across the subscales then the nurse is required to get more experience and receive triage remediation.

Please respond to the items below and circle the number that corresponds with the following choices:

- 
- |                      |                        |                       |
|----------------------|------------------------|-----------------------|
| 1. Strongly Disagree | 2. Moderately Disagree | 3. Minimally Disagree |
| 4. Minimally Agree   | 5. Moderately Agree    | 6. Strongly Agree     |
- 

(Items are highlighted for ease of response.)

- |  |   |   |   |   |   |   |    |
|--|---|---|---|---|---|---|----|
| 1. I am knowledgeable about the different areas within the ED.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | CC |
| 2. I feel comfortable making decisions in the ED.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | CC |
| 3. I can work under pressure and remain organized.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | CC |
| 4. I can prioritize patient care and get the job done.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | CC |
| 5. I have confidence in my judgment to make good decisions that will improve my patient's outcome. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | CC |
| 6. If a patient arrests on me, I will know what to do.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | CC |
| 7. I can count on my skills and judgment while working at triage.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E  |
| 1. When triaging a patient, I can get a good idea of how sick they are just by looking at them.    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | I  |
| 9. When I am triaging, I get a gut feeling about critical patients.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | I  |
| 10. I can tell by a person's appearance whether or not they need immediate care.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | I  |

1. Strongly Disagree      2. Moderately Disagree      3. Minimally Disagree  
 4. Minimally Agree      5. Moderately Agree      6. Strongly Agree
- 

11. I send a lot of patients to the emergent area even when they may not need to go there because I am afraid of making a mistake. \*      E  
 1   2   3   4   5   6

12. I can often tell when something detrimental is going to happen when I first assess a patient at triage.      I  
 1   2   3   4   5   6

13. I communicate well with patients at triage.      CT  
 1   2   3   4   5   6

14. I don't know the right questions to ask at triage. \*      E  
 1   2   3   4   5   6

15. I can make good judgments at triage.      E  
 1   2   3   4   5   6

16. I get an inner feeling when something bad is going to happen.      I  
 1   2   3   4   5   6

17. My past experience makes it easier to make decisions at triage.      E  
 1   2   3   4   5   6

18. I feel confident in my skills to triage.      E  
 1   2   3   4   5   6

19. I feel comfortable making decisions at triage.      E  
 1   2   3   4   5   6

20. No matter what I've learned in books, I follow my gut feelings at triage.      I  
 1   2   3   4   5   6

21. I get positive feedback about my triage decisions.      CT  
 1   2   3   4   5   6

22. I know that I have the skills to make accurate triage decisions.      E  
 1   2   3   4   5   6

1. Strongly Disagree            2. Moderately Disagree            3. Minimally Disagree

4. Minimally Agree            5. Moderately Agree            6. Strongly Agree

---

23. I can differentiate between critical and subacute patients at triage.    E

1   2   3   4   5   6

24. I can narrow down the information that I need to make decisions about triage patients.            1   2   3   4   5   6            CT

25. I know what questions to ask at triage to get the information that I need.    E

1   2   3   4   5   6

26. I take responsibility for patients until they are taken to a treatment area.    CT

1   2   3   4   5   6

27. I can link together the patients= complaints and my assessment findings at triage.            1   2   3   4   5   6            CT

28. When triage is very busy, I can still maintain a calm focus            CT

1   2   3   4   5   6

29. Triage is important because it provides the first impression the patient gets about my facility.    1   2   3   4   5   6            CT

30. I can reorganize my thoughts when it gets busy at triage to prioritize who should be seen next.    1   2   3   4   5   6            CT

31. I have a sixth sense about critically ill patients.            I

1   2   3   4   5   6

32. I associate the mechanism of injury with the history given by the patient at triage.            1   2   3   4   5   6            CT

33. I can communicate well with the ED staff while working at triage.    CT

1   2   3   4   5   6





## **Anexo II**

(Fotocópia do documento de autorização para aplicar e validar o TDMI pela autora)



RE: Masters - Instrument to measure decision making in emergency department triage nurses



Cone, Kelly J. 06-11-2012 Documentos  
Para: sandra Marques

1 anexo (32,3 KB)

Vista Ativa do Outlook.com

Hello Sandra,

I have shared my instrument with many organizations and with those in academia. To ensure that I get the results of your work returned to me so I can continue to refine my instrument, I ask you to complete the attached form and forward the \$25. Once this is received, I will send you the tool and the method for scoring. I have a version more specific to the ED and then one that is more generic and can be used in any area of nursing.

Thank you for your interest in the TDMI.

**Kelly Jo Cone, RN, PhD, CNE**  
Professor - Graduate Program  
Saint Francis Medical Center College of Nursing  
511 NE Greenleaf Street | Peoria, IL | 61603  
p 309.655.4122 | f 309.624.8973  
[kelly.j.cone@osfhealthcare.org](mailto:kelly.j.cone@osfhealthcare.org)

*"Serving with the Greatest Care and Love"*



RE: Masters - Instrument to measure decision making in emergency department triage nurses



Cone, Kelly J. 09-12-2012 Documentos  
Para: sandra Marques

2 anexos (total 135,5 KB) [Vista Ativa do Outlook.com](#)

Hi Sandra,  
I received your letter and money yesterday. I am so glad you emailed so I can quickly attach the TDMI and information for scoring. Please let me know if you have any further questions or needs.

Best regards,

**Kelly Jo Cone, RN, PhD, CNE**

Professor - Graduate Program

Saint Francis Medical Center College of Nursing  
511 NE Greenleaf Street | Peoria, IL | 61603  
p 309.655.4122 | f 309.624.8973  
[kelly.j.cone@osfhealthcare.org](mailto:kelly.j.cone@osfhealthcare.org)

*"Serving with the Greatest Care and Love"*



### **Anexo III**

(Fotocópia do documento de autorização após retradução do TDMI pela autora)



RE: Masters - Instrument to measure decision making in emergency department triage nurses



Cone, Kelly J. 10-07-2013  
Para: sandra Marques

Hello Sandra,  
I reviewed your changes and they look appropriate. Thank you for updating me on your progress. Please proceed and let me know if I can assist you with anything.  
Sincerely,

Kelly Jo Cone, RN, PhD, CNE

Professor - Graduate Program

Saint Francis Medical Center College of Nursing  
511 NE Greenleaf Street | Peoria, IL | 61603  
p 309.655.4122 | f 309.624.8973  
[kelly.j.cone@osfhealthcare.org](mailto:kelly.j.cone@osfhealthcare.org)

*"Serving with the Greatest Care and Love"*



## **Anexo IV**

(TDMI versão em língua Portuguesa aplicada aos enfermeiros triadores)



Caros colegas

O meu nome é Sandra Gaspar Marques, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver uma dissertação de mestrado, com o tema “ A tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência”.

Nos serviços de urgência, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de triar os doentes admitidos, através de uma avaliação rápida e tomada de decisão sobre a prioridade a atribuir, tendo em conta a gravidade da situação e necessidade de encaminhamento imediato para a sala de emergência.

A constatação das dificuldades expressas por colegas em tomar decisões num ambiente complexo, mesmo quando baseados em algoritmos de decisão, suscitaram interesse em aprofundar conhecimento sobre esta temática.

Com este estudo tenho como objetivo:

- Validar para a população portuguesa o Triage Decision Making Inventory (TDMI), instrumento desenvolvido por Kelly Jo Cone (2000)

O TDMI é um instrumento de medida desenvolvido por Kelly Jo Cone (2000), que permite avaliar as perceções dos enfermeiros da sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência.

Desta forma, venho pedir a vossa colaboração para participar nesta investigação através do preenchimento voluntário e anónimo do questionário, garantindo a confidencialidade dos dados obtidos.

Obrigado pela vossa colaboração!

## INVENTÁRIO DE TOMADA DE DECISÃO NA TRIAGEM

Por favor responda aos itens abaixo e circunde o número que corresponde às seguintes opções:

- 
- |                         |                           |                         |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Discordo bastante    | 2. Discordo moderadamente | 3. Discordo minimamente |
| 4. Concordo minimamente | 5. Concordo moderadamente | 6. Concordo bastante    |
- 

(Os itens estão destacados para facilitar a resposta.)

1. Tenho conhecimento das diferentes áreas dentro do serviço de urgência.

1 2 3 4 5 6

2. Sinto-me confortável a tomar decisões no serviço de urgência.

1 2 3 4 5 6

3. Consigo trabalhar sob pressão e manter-me organizado.

1 2 3 4 5 6

4. Consigo priorizar o cuidado ao doente e ter o trabalho feito.

1 2 3 4 5 6

5. Tenho confiança no meu juízo clínico para tomar decisões corretas que melhorem os resultados nos doentes.

1 2 3 4 5 6

6. Se um doente tiver uma paragem cardíaca junto de mim, sei o que fazer.

1 2 3 4 5 6

7. Posso contar com as minhas capacidades e juízo clínico enquanto estou a trabalhar na triagem.

1 2 3 4 5 6

8. Quando estou a triar um doente consigo avaliar a gravidade do seu estado só de olhar para ele.

1 2 3 4 5 6

9. Quando estou a triar, tenho uma boa intuição em relação aos doentes críticos

1 2 3 4 5 6

10. Consigo perceber pela aparência da pessoa se precisa ou não de atendimento imediato.

1 2 3 4 5 6

1. Discordo bastante      2. Discordo moderadamente      3. Discordo minimamente  
4. Concordo minimamente      5. Concordo moderadamente      6. Concordo bastante
- 

11. Envio muitos doentes para a emergência mesmo que eventualmente não necessitem, porque tenho receio de cometer um erro.

1 2 3 4 5 6

12. Quando avalio um doente na triagem, geralmente, consigo prever quando alguma coisa adversa pode acontecer.

1 2 3 4 5 6

13. Comunico bem com os doentes na triagem.

1 2 3 4 5 6

14. Não sei quais as questões certas a fazer na triagem.

1 2 3 4 5 6

15. Consigo fazer juízos clínicos corretos na triagem.

1 2 3 4 5 6

16. Tenho um pressentimento quando alguma coisa má vai acontecer.

1 2 3 4 5 6

17. A minha experiência anterior é facilitadora da tomada de decisão na triagem.

1 2 3 4 5 6

18. Sinto confiança nas minhas capacidades para triar.

1 2 3 4 5 6

19. Sinto-me confortável na tomada de decisão na triagem.

1 2 3 4 5 6

20. Independentemente do que aprendi nos livros, sigo a minha intuição na triagem.

1 2 3 4 5 6

21. Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões de triagem.

1 2 3 4 5 6

22. Sei que tenho capacidades para tomar decisões precisas na triagem.

1 2 3 4 5 6

23. Consigo diferenciar entre doentes em estado crítico e subagudos na triagem.

1 2 3 4 5 6

1. Discordo bastante      2. Discordo moderadamente      3. Discordo minimamente  
4. Concordo minimamente      5. Concordo moderadamente      6. Concordo bastante
- 

24. Sou capaz de filtrar a informação de que preciso para a tomada de decisão acerca dos doentes na triagem.

1 2 3 4 5 6

25. Sei quais as questões a colocar na triagem para obter a informação necessária.

1 2 3 4 5 6

26. Responsabilizo-me pelos doentes até serem levados para um área de tratamento.

1 2 3 4 5 6

27. Sou capaz de associar as queixas dos doentes com os resultados da minha avaliação na triagem.

1 2 3 4 5 6

28. Quando a triagem está muito movimentada, consigo manter a calma e estar concentrado.

1 2 3 4 5 6

29. A triagem é importante porque dá ao doente uma primeira impressão sobre o meu serviço (estrutura).

1 2 3 4 5 6

30. Consigo reorganizar os meus pensamentos e priorizar quem deve ser visto de seguida, quando a triagem está muito movimentada.

1 2 3 4 5 6

31. Tenho um sexto sentido para doentes em estado crítico.

1 2 3 4 5 6

32. Associo os mecanismos da lesão com a história dada pelo doente na triagem.

1 2 3 4 5 6

33. Comunico bem com o pessoal do serviço de urgência quando estou a trabalhar na triagem.

1 2 3 4 5 6

34. Sou capaz de separar a informação de que preciso para tomar decisões na triagem.

1 2 3 4 5 6

1. Discordo bastante      2. Discordo moderadamente      3. Discordo minimamente  
4. Concordo minimamente      5. Concordo moderadamente      6. Concordo bastante
- 

35. Sei quais as questões certas, para colocar, quando estou na triagem.

1 2 3 4 5 6

36. Sou alguém em quem os meus colegas de trabalho podem confiar para tomar decisões corretas.

1 2 3 4 5 6

37. Consigo falar com os doentes e chegar à razão pela qual eles vieram ao serviço de urgência.

1 2 3 4 5 6

### **Caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos participantes**

(Por favor circunde todas as respostas que se apliquem)

**1. Idade: (circunde uma)**

20-30      31-40      41-50      51-60      61 ou mais

**2. Formação em enfermagem: (circunde uma)**

Bacharelato em enfermagem      Licenciatura em enfermagem

Pós-licenciatura: Qual \_\_\_\_\_

**3. Nível académico mais alto que possui em enfermagem: (circunde uma)**

Bacharelato em enfermagem      Licenciatura em enfermagem

Pós graduação em enfermagem      Mestrado      Doutoramento

**4. Número de anos de exercício profissional (circunde uma)**

Menos de 1 ano      1-5      6-10      11-15      16-20      mais de 20

**5. Número de anos de exercício profissional na urgência: \_\_\_\_\_**

**6. Nível de urgência onde trabalha neste momento: (circunde uma)**

Urgência básica      Urgência Médico-Cirúrgica      Urgência polivalente

Obrigado pela sua colaboração



## **Anexo V**

(Fotocópias dos documentos de autorização dos hospitais para aplicação do TDMI)



FW: Aplicação de Questionário- Sandra-Santarém



Sandra Gaspar Marques 04-11-2013 Docur  
Para: sandra\_gmarques@hotmail.com

2 anexos (total 77,6 KB) Vista Ativa do Outlook.com

---

**De:** Vicencia Silva [vcsilva@chlo.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 1 de Novembro de 2013 17:56  
**Para:** Sandra Gaspar Marques  
**Cc:** Joao Fernandes  
**Assunto:** FW: Aplicação de Questionário- Sandra-Santarém

Exma Senhora  
Enf.ª Sandra Marques

Por indicação do Sr. Enfermeiro João Fernandes Director de Enfermagem, informo que foi autorizada a aplicação de questionários aos Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital S. Francisco Xavier.

As desculpas por não ter enviados há mais tempo, mas o CHLO está com problemas no envio para caixas Hotmail.

Com os melhores cumprimentos

**Vicência Balsemão**  
Coordenadora Técnica  
Secretária do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.  
Tel.: 210431009/10  
Fax: 213021166  
@: [vcsilva@chlo.min-saude.pt](mailto:vcsilva@chlo.min-saude.pt)



## Aplicação de questionários no serviço de urgência



Secretariado da Direcção de Enfermagem (sec.d

Para: sandra\_gmarques@hotmail.com

Bom dia !

Vimos por este meio informar que está autorizada a aplicação dos questionários no serviço de urgência.

Quando o entender pode deslocar-se ao serviço de urgência falar com o enfermeiro chefe Joaquim Pedro e aplicar os questionários.

Sem outro assunto

Melhores cumprimentos

Susana Barrigoto

 logo\_hese\_assinatura

Secretariado da Direcção de Enfermagem

[sec.direnfermagem@hevora.min-saude.pt](mailto:sec.direnfermagem@hevora.min-saude.pt)

Tef. 266 740 148 | Fax:266 740 163

[www.hevora.min-saude.pt](http://www.hevora.min-saude.pt)



RE: Pedido de autorização para aplicação  
de um questionário aos enfermeiros do  
serviço de urgência



**Secretariado CA - CHOESTE** (secretariado.ca@cl  
Para: sandra Marques

Exma. Senhora

Enfermeira Sandra Marques

Na sequência do pedido efectuado por V. Ex.ª para aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço de urgência que fazem triagem do Centro Hospitalar do Oeste – Hospital de Caldas da Rainha, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, informamos que o mesmo se encontra autorizado.

Informamos ainda que o instrumento de colheita de dados deverá ser traduzido e que gostaríamos que nos fossem facultados os resultados obtidos.

Desejando o maior êxito no trabalho a desenvolver, apresentamos os melhores cumprimentos.

**Cecília Ramos**

Enfermeira Diretora

Email: [ca.chon@choeste.min-saude.pt](mailto:ca.chon@choeste.min-saude.pt);  
[secretariado.ca@choeste.min-saude.pt](mailto:secretariado.ca@choeste.min-saude.pt)

Telefone: +351 262 830 304 – Fax: 262880579

[www.choeste.pt](http://www.choeste.pt)



RE: Pedido de autorização para aplicação  
de um questionário aos enfermeiros do  
serviço de urgência



Secretariado CA - CHOESTE (secretariado.ca@cl

Para: sandra Marques

Cc: "Enf.ª Julio Branco (juliobranco@chcrainha....

Exma. Senhora

Enfermeira Sandra Marques

Na sequência do pedido efetuado por V. Ex.ª, informamos que poderá iniciar a aplicação do questionário aos Enfermeiros que fazem a triagem no Serviço de Urgência do Hospital de Caldas da Rainha.

Relativamente ao pedido efetuado para a aplicação do questionário no serviço de Urgência do Hospital de Torres Vedras, informamos que o mesmo se encontra autorizado.

Deverá articular-se com os Enfermeiros Chefes ou na sua ausência, pelos enfermeiros em substituição, que poderá contactar através dos n.ºs 262 830300 (Hospital de Caldas da Rainha) 261 319300 (Hospital de Torres Vedras).

Informamos ainda que, no Serviço de Urgência do Hospital de Peniche, não é efetuada Triagem de Manchester e que, prevê-se que a curto prazo, o Hospital de Alcobaça passe a integrar o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, pelo que não nos compete a autorização deste pedido.

Com os melhores cumprimentos,

**Cecília Ramos**

Enfermeira Diretora



aplicação de questionário no serviço de  
urgência



Rosa Galvão 22-08-2013

Para: sandra\_gmarques@hotmail.com

Olá bom dia

O meu nome é Rosa Galvão e estou a chefiar o serviço de  
urgência do H. Vila Franca de Xira

Tenho muito gosto em que o nosso hospital possa participar  
no seu trabalho, pelo que me disponibilizo para o necessário à  
aplicação do questionário.

Aguardo o seu contato com as indicações .

Cump

Rosa Galvão



**Ex.ma Senhora**  
**Enfermeira Sandra Gaspar Marques**  
**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**Coimbra**

V/Refº: Req.  
Data: 2013/01/30

N/Refº. 17452/2013/DHO  
Data: 2013/11/05

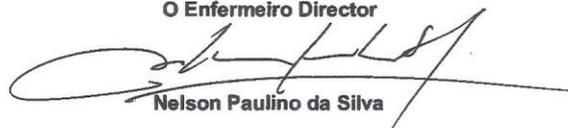
**ASSUNTO: Autorização de realização de estudo**

Por despacho de Conselho de Administração de 23 de outubro de 2013, foi autorizada a aplicação de questionário aos Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHMT, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, subordinado ao tema – “A tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência”.

Os resultados do estudo devem ser partilhados com o Centro Hospitalar do Médio Tejo para fins de base de dados educacionais.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director

  
Nelson Paulino da Silva



HOSPITAL DE SANTARÉM  
ADMINISTRAÇÃO  
Nº Entrada 693  
DATA 5/09/13

Autorização

A Enfermeira Directora

Silvia Veiga  
Ídia Veiga

06.09.2013

Exmo. Conselho de Administração

do Hospital de Santarém, EPE

Intervenção em  
3 de set 2013  
Ride

Informe de a  
Requerente.

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço de urgência

O meu nome é Sandra Gaspar Marques, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar uma tese de mestrado com a temática, " A tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência".

O serviço de urgência é geralmente a porta de entrada inicial no sistema de saúde. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de triar os doentes que aqui são admitidos através de uma avaliação rápida e tomada de decisão sobre a prioridade a atribuir, tendo em conta a gravidade da situação. Esta avaliação requer do enfermeiro triador pensamento crítico, para decidir de forma precisa, num curto espaço de tempo e num ambiente emocional pouco favorável.

A tomada de decisão do enfermeiro na triagem é fundamental para identificar e priorizar a pessoa em situação de emergência e promover os cuidados de saúde adequados em tempo útil, potencializando os resultados e minimizando as consequências.

A constatação das dificuldades expressas por colegas em tomar decisões num ambiente por vezes complexo, mesmo quando baseados em algoritmos de decisão, suscitaram interesse em aprofundar o conhecimento sobre a habilidade/capacidade de tomada de decisão do enfermeiro em contexto de triagem, relativamente a situações de emergência.

Esta investigação tem como objetivo:

-Validar para a população portuguesa o Triage Decision Making Inventory (TDMI): instrumento de medida desenvolvido por Kelly Jo Cone (2000), que permite avaliar as percepções dos enfermeiros da sua habilidade/capacidade de tomada de decisão na triagem.

Venho por este meio pedir autorização para aplicar o questionário, Triage Decision Making Inventory (TDMI), aos enfermeiros do serviço de urgência que fazem triagem, da vossa instituição.

O Triage Decision Making Inventory (TDMI) segue em anexo na sua versão traduzida para a língua portuguesa.



1. na Inf. Condicionada  
2. he para informar  
a habilidade do SU para  
fazer de quebriçunio.

Ane Soares  
2013/10/28

ANA SOARES  
Enfermeira Directora

Ao Conselho de Administração do Centro  
Hospitalar de Lisboa Central, EPE -  
Hospital de São José

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um questionário aos enfermeiros do  
serviço de urgência

1. João

2. Maria

Exmos Srs.

Autoriza-se  
Ane Soares

2013/11/07

ANA SOARES  
Enfermeira Directora

O meu nome é Sandra Gaspar Marques, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem  
Médico - Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar uma  
tese de mestrado com a temática, " A tomada de decisão do enfermeiro triador em  
situação de emergência".

O serviço de urgência é geralmente a porta de entrada inicial no sistema de saúde. Cabe  
ao enfermeiro a responsabilidade de triar os doentes que aqui são admitidos através de  
uma avaliação rápida e tomada de decisão sobre a prioridade a atribuir, tendo em conta a  
gravidade da situação. Esta avaliação requer do enfermeiro triador pensamento crítico,  
para decidir de forma precisa, num curto espaço de tempo e num ambiente emocional  
pouco favorável.

A tomada de decisão do enfermeiro na triagem é fundamental para identificar e priorizar a  
pessoa em situação de emergência e promover os cuidados de saúde adequados em  
tempo útil, potencializando os resultados e minimizando as consequências.

A constatação das dificuldades expressas por colegas em tomar decisões num ambiente  
por vezes complexo, mesmo quando baseados em algoritmos de decisão, suscitaram  
interesse em aprofundar o conhecimento sobre a habilidade/capacidade de tomada de  
decisão do enfermeiro em contexto de triagem, relativamente a situações de emergência.

Esta investigação tem como objetivo:

-Validar para a população portuguesa o Triage Decision Making Inventory (TDMI):  
instrumento de medida desenvolvido por Kelly Jo Cone (2000), que permite avaliar as  
percepções dos enfermeiros da sua habilidade/capacidade de tomada de decisão na  
triagem.

Venho por este meio pedir autorização para aplicar o questionário, Triage Decision Making  
Inventory (TDMI), aos enfermeiros do serviço de urgência que fazem triagem, da vossa  
instituição.

CENTRO HOSPITALAR  
DE LISBOA  
Secretariado CA  
N.º 8526  
Entrada 25.10.13



## **Anexo VI**

(Fotocópia do parecer da comissão de ética do Centro Hospitalar do Médio Tejo)



**OBTENÇÃO DE PARECER PARA ESTUDOS NÃO ENVOLVENDO EXPERIMENTAÇÃO HUMANA**

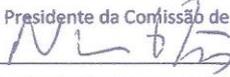
**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

Analisado o pedido de estudo e respetivos anexos, somos de parecer favorável à realização do estudo nos termos propostos.

Os resultados do estudo devem ser partilhados com o Centro Hospitalar do Médio Tejo para fins de base de dados educacionais.

Tomar, 16 de outubro de 2013.

O Presidente da Comissão de Ética



Atendendo ao parecer da  
Comissão de Ética autoriza-se a  
realização do estudo.  
Concorda-se com a partilha de resultados  
com o CHMT.  
23.10.2013

Nelson Paulino Silva (Eng)  
Enfermeiro Director

Joaquim Esparracinho (Eng)  
Presidente do Conselho de Administração

António José Horta Lérias (Dr.)  
Vogel

João Pedro Lourenço (Eng)  
Vogel

Paulo Marques Vasco (Dr.)  
Director Clínico