KAZUE KANEGANE

Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triage System" (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica

São Paulo

2011

KAZUE KANEGANE

Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triage System" (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas

Área de Concentração: Clínica Integrada

Orientador: Profa. Dra. Sibele Sarti Penha

São Paulo

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Kanegane, Kazue
Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes “Manchester Triage System” (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica : [versão original] / Kazue Kanegane; orientador Sibele Sarti Penha. -- São Paulo, 2011.

73p. : fig., tab.; 30 cm.

Tese -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Clínica Integrada. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Triagem – Métodos. 2. Pacientes. 3. Emergências odontológicas. I. Penha, Sibele Sarti. II. Título.

Kanegane K. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes “Manchester Triage System” (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus pais Fuminori e Yukie, por me apoiarem sempre.

Às minhas irmãs Mitie e Yoshie.

Aos meus sobrinhos Kazunori, Eiji, Saori e Kenzo.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Sibele Sarti Penha, pela orientação e carinho durante todos estes anos.

Ao Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha, pela oportunidade de realizar o curso de doutorado na Disciplina de Clínica Integrada.

Às professoras do Setor de Urgência Odontológica e da Disciplina de Clínica Integrada: Profa. Dra. Carina Domaneschi, Profa. Dra. Inês Aparecida Buscariolo Profa. Dra. Isabel de Freitas Peixoto e Profa. Dra. Maria Aparecida Borsatti, pelo apoio e participação na elaboração deste trabalho.

Aos pacientes do Setor de Urgência Odontológica e aos alunos voluntários que participaram, Marcelo de Amadeu e Silva Rodriguez e Victor Fukushima, pois sem eles não seria possível realizar esta pesquisa.

Aos funcionários da Clínica Odontológica, pelo carinho com que sempre me receberam enquanto realizava as entrevistas com os pacientes.

Às amigas Jady Ferreira Oliveira, Haydee Maria Cardoso e Joana D'Arc Andrade Rodrigues, do Setor de Urgência Odontológica, por estarem sempre disponíveis para ajudar no que fosse preciso.

Aos professores da Disciplina de Clínica Integrada: Prof. Dr. Carlos Alberto Adde, Prof. Dr. Flávio Eduardo Guillin Perez, Prof. Dr. Leonardo José Simone, Prof. Dr. Marcelo Munhóes Romano, Prof. Dr. Mário Sérgio Soares e Prof. Dr. Waldyr Antonio Jorge, pela convivência enriquecedora durante o período.

Às secretárias e técnicas da Disciplina de Clínica Integrada e do Departamento de Estomatologia, Vilma Aparecida Vieira, Regina Maria da Conceição Santos, Maria Cecília Forte Muniz, Iracema Mascarenhas Pires, Marília Camargo Gomes, Márcia

Maria dos Santos e Vera Lúcia dos Santos Cordeiro Almeida, pelo suporte para que o trabalho fosse desenvolvido e pela animada convivência.

Às bibliotecárias Glauci Elaine Damasio Fidelis e Maria Cláudia Pestana, pela cuidadosa revisão do trabalho.

Aos colegas de pós-graduação por proporcionar conhecimento e novas experiências nesta fase de crescimento.

Aos amigos Maurício José Tornelli, Helena Regina Tornelli, Charles Robson Santos Ferraz, Renata Martins da Silva Prado, Bruno Daniel Nader Marcos, Thiago Pallin Gomes, Sandra Bonifácio e Rita Diná Mascarenhas Pires Silva que estiveram sempre perto torcendo pelo sucesso do trabalho.

Aos meus cunhados, Shigueo e Edgard, pela companhia e apoio.

À minha amiga e irmã Mayra Onishi e família, Leo e Kenzo, que sempre me incentivam a continuar na minha caminhada.

RESUMO

Kanegane K. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes “Manchester Triage System” (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.

A triagem de emergência tem como objetivo dar prioridade aos pacientes mais graves e melhorar a prestação do serviço de emergência, garantindo atendimento no momento adequado, melhor fluxo e segurança. Os objetivos deste trabalho foram traduzir e validar a parte referente às emergências odontológicas do instrumento para triagem de emergência Manchester Triage System (MTS) na língua portuguesa, avaliar a confiabilidade interobservadores e o impacto da aplicação do MTS no Setor de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. O MTS foi traduzido através do método padrão de tradução/ retrotradução. A versão foi submetida à validação semântica e idiomática e também conceitual e cultural, feita por um comitê de juízes. Em ambas, a concordância final observada após os ajustes realizados foi superior a 80%. Na concordância interobservadores, 200 pacientes participaram das entrevistas realizadas por 2 voluntários independentes com conhecimentos em odontologia e a pesquisadora. Os coeficientes *kappa* foram de 0.58 e 0.60. Inicialmente foram entrevistados 120 pacientes sem a aplicação do MTS e em seguida 139 pacientes categorizados de acordo com a prioridade clínica. Houve diminuição no tempo médio de espera para atendimento, de 79.96 min para 36.86 min (Mann-Whitney (MW), p=0.00) e aumento do tempo médio de duração do atendimento, de 29.11 min para 34.78 min (MW, p=0.05). Dentre os pacientes categorizados segundo o MTS, os não-urgentes eram mais velhos (MW, p=0.01), tiveram menor duração de atendimento (MW, p=0.00) e menor intensidade de dor (MW, p=0.00). A versão traduzida e validada do MTS mostrou-se adequada e sua aplicação e útil no atendimento de pacientes do Setor.

Palavras-chave: Triagem. Emergência. Urgência. Odontologia.

ABSTRACT

Kanegane K. Translation into Portuguese and validation of the “Manchester Triage System "(MTS) and adaptation to the Setor de Urgência Odontológica [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.

The emergency triage aims to assign clinical priority to the patients and to improve emergency services, ensuring attendance at the right time, better patient flow and safety. The objectives of this study were to translate and validate part of the Manchester Triage System (MTS) related to dental emergency in Portuguese, to assess the inter-rater reliability and to evaluate the impact of implementation of triage at Setor de Urgência Odontológica of Faculdade da Odontologia of Universidade de São Paulo. The MTS was translated using the standard translation/ back-translation method. The instrument was then submitted to semantic and idiomatic validation, as well as conceptual and cultural validation by a committee of judges. In both, the final concordance after the adjustments was higher than 80%. In the inter-rater agreement, 200 patients were interviewed by two independent volunteers with some knowledge of dentistry and the researcher. The *kappa* coefficients were 0.58 and 0.60. Then 120 patients were interviewed without the application of the MTS and 139 patients were categorized according to their clinical priority. There was a reduction in the mean waiting time, from 79.96 min to 36.86 min (Mann-Whitney test (MW), p=0.00) and an increase in the mean of treatment duration, from 29.11 min to 34.78 min (MW, p=0.05). Among triaged patients, the non-urgent were older (MW, p=0.01), had shorter duration of treatment (MW, p=0.00) and lower pain intensity (MW, p=0.00). The translated and validated version of the MTS showed to be appropriate and useful in categorization of patients with dental emergencies in this setting.

Keywords: Triage. Emergency. Urgency. Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Modelo do algoritmo de tomada de decisão do MTS 20

Figura 5.1 - Média e desvio padrão do tempo de espera desde a entrevista até a entrada para o atendimento e do tempo de duração do atendimento no SUO-FOUSP em minutos, entre os grupos com e sem a classificação de acordo com o MTS (MW) 38

Figura 5.2 - Média e desvio padrão da idade dos pacientes em anos, de acordo os grupos da classificação do MTS (KW) 41

Figura 5.3 - Média e desvio padrão do tempo de duração do atendimento no SUO-FOUSP em minutos, de acordo com os grupos da classificação do MTS (KW) 41

Figura 5.4 - Média e desvio padrão dos escores de intensidade de dor segundo a Escala Numérica, entre os grupos da classificação do MTS (KW) 42

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Nomenclatura do MTS, adaptado de Manchester Triage Group, 2008.. 19

Tabela 2.2 - Tempo máximo de espera para avaliação do paciente por um médico de acordo com cada nível de prioridade de quatro sistemas de triagem, adaptado de Christ et al., 2010 22

Tabela 5.1 - Resultados da concordância interobservadores, segundo os níveis do MTS 36

Tabela 5.2 - Variáveis contínuas e discretas dos participantes das entrevistas sem e com a classificação de triagem 37

Tabela 5.3 - Distribuição da população estudada de com as categorias avaliadas sem e com a realização da triagem 39

Tabela 5.4 - Variáveis contínuas e discretas dos participantes classificados de acordo com o MTS..... 40

Tabela 5.5 - Distribuição da população estudada de acordo com classificação do MTS 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	Australasian Triage Scale
CADE-Trauma	Centro de Atendimento em Dentística e Endodontia
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
ESI	Emergency Severity Index
Fundecto	Fundação para o Desenvolvimento da Odontologia
H	hora
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
k	índice *kappa*
KW	teste não paramétrico de Kruskal-Wallis
min	minuto
MTS	Manchester Triage System
MW	teste não paramétrico de Mann-Whitney
SEM	Serviço de emergência médica
SEO	Serviço de emergência odontológica
SUO-FOUSP	Setor de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
X^2	teste de Qui-quadrado

LISTA DE SÍMBOLOS

%	porcentagem
°	grau
C	Celsius
>	maior que
<	menor que
n	número de pessoas
-	menos
+	mais
≥	maior ou igual a
≤	menor ou igual a
p	nível de significância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 REVISÃO DA LITERATURA 15
3 PROPOSIÇÃO 30
4 MATERIAL E MÉTODOS 31
5 RESULTADOS 35
6 DISCUSSÃO 44
7 CONCLUSÕES 52
REFERÊNCIAS 53
APÊNDICES 56
ANEXOS 69

1 INTRODUÇÃO

O atendimento de urgência odontológica visa principalmente ao alívio da dor e de problemas relacionados com os dentes naturais. Além do alívio dos sintomas, uma grande expectativa dos pacientes de urgência odontológica é o conforto tanto informativo quanto psicológico, com a confirmação de que seu problema não é sério quanto imaginado e a diminuição da incerteza quanto às causas da dor.

O atendimento odontológico, assim como o médico, enfrenta atualmente dificuldades devido a aumento na demanda por serviço e redução na força de trabalho disponível, que levam ao desenvolvimento de novas formas de gestão dessas demandas. O aumento na demanda por atendimento de urgência odontológica reflete a falta de acesso da população a programas de prevenção de doenças bucais e a tratamento odontológico regular.

Serviços de emergência médica desenvolveram sistemas de triagem de pacientes como uma forma de melhorar a introdução e o fluxo dos pacientes que buscam este tipo de atendimento.

A triagem é um processo de manejo de risco clínico muito utilizado que procura dar prioridade aos pacientes baseada em suas necessidades de atenção médica. O processo de priorizar o atendimento a pacientes baseado nas suas necessidades de atenção médica evoluiu no serviço militar, quando os soldados com condições de voltar ao campo de batalha eram tratados primeiro.

O sistema de triagem deve ser uma ferramenta rápida, fácil de aplicar e com forte poder de predição de gravidade, de evolução e de utilização de recursos. A triagem pode ser utilizada em muitas ocasiões, incluindo desastres e serviços de emergência cujo dia a dia inclui uma variedade de doenças e condições que variam desde situações menos urgentes até situações de risco de vida.

Assim como os serviços que prestam atendimento de emergência médica, as urgências odontológicas também podem lançar mão de recursos que consigam atender as necessidades de cuidados dos pacientes que procuram este atendimento.

Quando o serviço de urgência odontológica é prestado por uma faculdade e de forma gratuita, cria-se uma grande expectativa de tratamento odontológico nos pacientes. Estas expectativas muitas vezes não são alcançadas, visto que nas

faculdades a realização dos tratamentos depende do calendário letivo, o tratamento costuma ser mais demorado, a procura é maior do que a capacidade de inclusão de pacientes e o caso clínico apresentado deve ser compatível com as competências e habilidades dos alunos de graduação.

Estratégias para assegurar o custo e tempo de realização efetiva dos serviços públicos odontológicos, como um sistema de triagem confiável, podem contribuir para um atendimento de urgência odontológica apropriado, com resultados positivos para os pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Ano a ano, nota-se o aumento no número de pacientes que procuram atendimento nos serviços de emergência médica (SEM) e estes são cada vez mais escolhidos como rota de acesso primário aos serviços de saúde pública. É um fenômeno observado em vários países (Moskop et al., 2009). Os SEM atendem principalmente emergências e urgências que podem ser definidas respectivamente como situações de agravo à saúde com risco iminente de vida e situações de agravo à saúde, sem risco iminente de vida, mas que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento imediato (Cooper; Lange 1995).

Uma explicação para o aumento na demanda por atendimento nos SEM pode ser sua importância como meio de entrada para os indivíduos carentes devido a disponibilidade 24h e o dever de atender todos os pacientes. Os serviços prestados incluem ambos cuidados críticos e primários. Os sintomas que mais comumente levam os pacientes a procurar atendimento médico de emergência são trauma ou dor (Waldrop et al., 2000). Os SEM fazem o atendimento de emergências agudas e também devem estar preparados para os casos de desastres, de observação e cuidados processuais (por exemplo, transfusões de sangue), cuidados ocupacionais, saúde do empregado, e, em muitos casos, os cuidados de saúde primários (Moskop et al., 2009).

Na Espanha, os SEM também sofrem com aumento permanente da demanda. Segundo Soler et al. (2010), isto dificulta a atenção rápida e eficaz que lhe é exigida. O motivo, pelo menos em parte, é a alta utilização dos SEM para a atenção a situações não-urgentes que pode levar à demora em assistir os pacientes mais graves, além de gerar consequências negativas para todo o conjunto do hospital incluindo o aumento nos custos.

A saturação dos SEM é um grande problema que afeta pacientes e provedores de saúde e gera questões relacionadas com satisfação do paciente, longo tempo de espera e muitas vezes saída sem avaliação por um médico. Um sistema de atendimento básico mais eficiente para tratar pacientes com problemas crônicos poderia diminuir a procura por atendimento nos SEM desses pacientes, o

que resultaria em menor tempo de espera e menos saídas sem avaliação e permitiria que casos mais graves fossem mais bem atendidos (Murrel et al., 2011).

A demanda depende de determinantes externos, como fluxo de pacientes, e internos, relacionadas com a própria capacidade do serviço como espera de cama disponível, de transporte e problemas sociossanitários, que são parâmetros fundamentais para a gestão da organização, economia e funcionamento do próprio serviço (Soler et al., 2010).

O modelo básico de triagem desenvolvido pelos franceses há mais de 200 anos é baseado na categorização dos pacientes segundo a necessidade além do momento e da sequência na qual os pacientes devem receber cuidados (Smith et al., 2006).

A triagem é um processo que permite a gestão do risco clínico para poder administrar adequadamente e com segurança o fluxo de pacientes quando a demanda e as necessidades clínicas superam os recursos. Deve ser a chave de entrada para uma assistência eficiente e, portanto, uma ferramenta breve e de fácil utilização, capaz de avaliar corretamente os casos segundo a gravidade, evolução e utilização de recursos (Soler et al., 2010).

O processo de dar prioridade aos pacientes baseado nas suas necessidades de atenção médica desenvolveu-se no serviço militar. A triagem pode ser realizada em vários cenários, incluindo SEM, desastres e serviço militar. Entretanto, o objetivo da triagem e a forma como ela é realizada são diferentes em cada situação. Em SEM, cada indivíduo é avaliado e categorizado de acordo com as necessidades individuais e a triagem está relacionada ao trabalho rotineiro do serviço, incluindo uma variedade de doenças e condições, situações com gradação contínua de menos urgente a muito urgente. Em desastres assim como no serviço militar, a categorização do paciente depende dos recursos limitados devido à situação no momento e a triagem lida com situações extremas nas quais a maioria dos casos provavelmente apresenta condições de maior gravidade (Göransson et al., 2005).

Uma triagem bem feita tem como objetivo melhorar a eficácia dos serviços de emergência e fazer com que o fluxo de pacientes seja uma prioridade (Murrel et al., 2011).

Para que a triagem tenha qualidade, o tempo desde a chegada do paciente até o início da triagem deve ser de no máximo 10 minutos, o tempo de duração da triagem, de no máximo 5 minutos e o tempo de espera para ser avaliado pelo médico, o estabelecido por cada um dos níveis de prioridade (Soler et al., 2010).

Atualmente, triagens padrão procuram minimizar a morbidade, desfiguração, sofrimento emocional e a insatisfação do cliente. O sistema de acuidade da triagem, ou seja, seu poder discriminatório é usado para comunicar à equipe clínica qual paciente pode esperar com segurança e qual precisa ser atendido imediatamente (Kahveci et al., 2011).

De acordo com Soler et al. (2010), as funções da triagem são:

1. identificação dos pacientes em situação de risco de vida;
2. garantir a prioridade de acordo com o nível de classificação;
3. garantir a reavaliação dos pacientes que devem esperar;
4. decidir qual a área mais apropriada para atender os pacientes;
5. dar informações sobre o processo do atendimento;
6. dar informações para os familiares;
7. melhorar o fluxo de pacientes e o congestionamento do serviço;
8. fornecer informações para melhorar o funcionamento do serviço.

Murrel et al. (2011) acreditam que o processo de aprimoramento da triagem pode ser feito sem grandes mudanças nos recursos dos SEM. O SEM pode buscar assim diminuir o volume de atendimento, o grau de cronicidade do problema dos pacientes atendidos, rearranjar os recursos para aperfeiçoar a eficiência do serviço e reduzir o tempo de espera.

Sistemas de triagem têm sido descritos e utilizados em vários países. A literatura dá maior destaque àquelas que utilizam 5 níveis de classificação por estas terem maior confiabilidade (Fernandes et al., 2005).

A Australasian Triage Scale (ATS) é adotada pelo conselho da Australasian College of Emergency Medicine desde 2002 e é utilizada na Austrália e Nova Zelândia. Este sistema faz uma avaliação combinada do problema atual e da condição geral do paciente, que dura entre 2 a 5 minutos, tempo suficiente para determinar o grau de urgência e a necessidade de tratamento imediato, classificando o paciente em uma das cinco categorias:

Categoria 1: situação de ameaça à vida, de atendimento imediato com avaliação e tratamento simultâneos.

Categoria 2: situação de ameaça à vida iminente ou exigência de tratamento imediato, atendimento em até 10 minutos, com avaliação e tratamento frequentemente simultâneos.

Categoria 3: situação com potencial ameaça à vida/urgência, avaliação e tratamento devem ser iniciados em até 30 minutos.

Categoria 4: situação de potencial urgência ou de complicações/ gravidade importante, avaliação e tratamento devem ser iniciados em até 60 minutos.

Categoria 5: situação menos urgente/ problema clínico-administrativo, avaliação e tratamento devem ser iniciados em até 120 minutos.

O protocolo estabelece ainda que o paciente deva ser continuamente avaliado enquanto espera por atendimento ou se surgirem dados relevantes que indiquem mudança de categoria (Australasian College for Emergency Medicine, [2005]).

Outro instrumento descrito na literatura é o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), o qual foi desenvolvido pela Canadian Association of Emergency Phisicians e validado no território canadense em 1998. A classificação do paciente que comparece ao SEM é feita em cinco níveis em escala ordinal:

Nível 1: paciente em condição de risco de vida, que requer intervenção imediata;

Nível 2: paciente em condição de emergência, que requer intervenção rápida ou ações delegadas;

Nível 3: paciente em condição de urgência e que pode potencialmente progredir para um problema sério;

Nível 4: paciente em condição de semi-urgência e que estão relacionados à idade ou à possibilidade de apresentar deterioração ou complicação;

Nível 5: paciente em condição de não-urgência aguda ou crônica na qual a intervenção pode esperar ou paciente pode ser encaminhado a outras áreas.

A escala preocupou-se também com a implantação de três conceitos: utilidade (instrumento deve ser de fácil entendimento, melhorar cuidado individual e facilitar o funcionamento do serviço); relevância (instrumento deve ser importante para profissionais e pacientes, e otimizar o tempo de espera) e validade (instrumento deve ter consistência e permitir a visualização de resultados, como a morbidade, mortalidade, hospitalização e a utilização de recursos) (Canadian Association of Emergency Physicians, [2011]).

Já o Manchester Triage System (MTS)foi desenvolvido em 1996 pelo Manchester Triage Group, no Reino Unido. Nesta escala, a triagem é um sistema de administração de risco clínico, destinado a assegurar cuidados, que são definidos de acordo com a necessidade do paciente, sejam realizados no tempo adequado. Não é uma ferramenta de diagnóstico, é um instrumento que permite definir prioridades clínicas, dar segurança para o usuário externo e interno e para o sistema de saúde. A classificação dos pacientes é feita em cinco níveis, diferenciada por cores, que determinam o tempo máximo de espera, como mostra a tabela 2.1.

Tabela 2.1- Nomenclatura do MTS, adaptado de Manchester Triage Group, 2008

Número	Cor	Nome	Tempo de espera até atendimento
1	Vermelho	Imediato	0 minuto
2	Laranja	Muito urgente	10 minutos
3	Amarelo	Urgente	60 minutos
4	Verde	Padrão	120 minutos
5	Azul	Não urgente	240 minutos

O Manchester Triage Group surgiu em 1994 com cinco objetivos principais:

1. elaborar de uma nomenclatura comum;
2. usar definições comuns;
3. desenvolver uma metodologia sólida de triagem;
4. implantar um modelo global de formação;
5. permitir e facilitar a auditoria do método de triagem desenvolvido.

Para o MTS, o conceito de triagem está relacionado à determinação da necessidade clínica como um método de manejo de risco clínico. É um processo delineado: reconhecimento da apresentação seguido pela procura de discriminadores redutivos e aplicáveis a outras situações, como cuidados primários e atendimento “fora do horário”, podendo ser feito durante contato por telefone. É um método ensinável e auditável de determinação de prioridade clínica. Não foi desenhado para julgar se os pacientes estão apropriadamente no SEM, mas para garantir que aqueles que precisam de atendimento, recebam-no em tempo adequado.

Dentre as 52 apresentações disponíveis no MTS, o profissional seleciona aquela que mais se aproxima da condição do paciente que, de forma ampla, podem

ser agrupados nas seguintes categorias: doenças, lesões, crianças, comportamento anormal e incomum e catástrofes. A cada um desses motivos está relacionado um algoritmo com perguntas. Os sinais e sintomas que discriminam as prioridades clínicas são chamados de discriminadores e são expostos na forma de fluxogramas para cada apresentação (fluxograma de apresentação – Figura 2.1). Os discriminadores que indicam níveis mais altos de prioridade devem ser procurados primeiro, pois estes irão determinar o nível de prioridade.

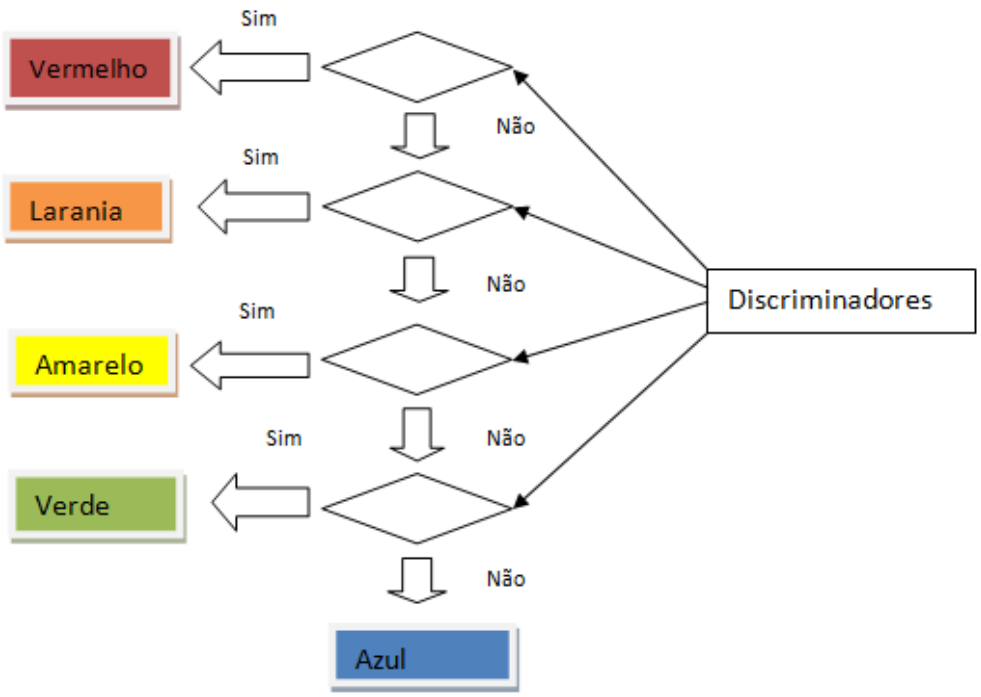


Figura 2.1- Modelo do algoritmo de tomada de decisão do MTS

Os discriminadores são fatores que discriminam em qual nível de prioridade os pacientes serão alocados. Eles podem ser gerais ou específicos. Os discriminadores gerais podem ser aplicados a todos os pacientes, independente da sua apresentação. Por isso, eles aparecem repetidamente nos fluxogramas, e sempre vão estar no mesmo nível de prioridade clínica. Os discriminadores específicos são aplicáveis a apresentações individuais ou a pequenos grupos e tendem a relacionar as principais características de condições específicas.

Os discriminadores gerais utilizados no sistema são ameaça à vida (comprometimento das vias aéreas, da respiração e da circulação); hemorragia (característica presente em muitas apresentações, particularmente naqueles

envolvendo traumas); dor (na perspectiva do paciente, é o principal fator determinante de prioridade, caracterizada quanto à intensidade, local, irradiação, periodicidade); nível de consciência (considerado em adultos e crianças separadamente); temperatura (febre muito alta (>41°C), febre alta (>38.5°C), ligeiro aumento de temperatura (>37.5°C) e queda de temperatura (<35°C). Outro discriminador bastante utilizado é a acuidade, relacionado ao tempo de duração da queixa, que pode ser classificado como súbito, quando o início dos sinais e sintomas se dá dentro de segundos ou minutos, rápido, quando tem menos de 12h, e agudo para um período de tempo de 12h a 24h. Sintomas e sinais recentes são aqueles que iniciaram na última semana. Os casos em que o início se deu há mais de 7 dias são considerados crônicos não urgentes.

A prioridade clínica requer que informações suficientes sejam reunidas, permitindo que o paciente seja classificado em uma das cinco categorias de prioridade. Já o manejo clínico requer um entendimento mais profundo das necessidades do paciente e pode ser afetado por um variado número de fatores externos, como a hora do dia, o estado da equipe, entre outros. Dentro do processo de tomada de decisão, espera-se que os clínicos interpretem, discriminem e avaliem a informação obtida de seus pacientes e considerem criticamente suas ações após essa decisão.

O método de triagem pode ser dividido, de forma simples, em duas etapas:

1- Identificação do problema: orientada na prática clínica em torno da queixa apresentada, com o principal sinal ou sintoma identificado pelo paciente ou cuidador. Dentro das apresentações do MTS, deve-se selecionar a que melhor representa a situação. Esta seleção leva a um fluxograma de apresentações que identifica os discriminadores que definem a prioridade clínica.

2- Reunião e análise das informações relacionadas com a solução: para a maioria dos casos, a apresentação do paciente irá determinar qual fluxograma será selecionado. A categorização é realizada encontrando o mais alto nível ao qual a resposta representada pelos discriminadores é positiva.

O processo de triagem do MTS descrito é bastante simples: o paciente é atribuído a uma categoria e então é manejado na ordem da prioridade e horário de atendimento. Entretanto, há outros fatores além das prioridades clínicas que podem influenciar nesse manejo. Entre esses fatores, há o tipo de paciente (crianças, idosos, pacientes com deficiência física ou dificuldade de aprendizado, pacientes

agressivos, pacientes sob efeito de álcool, pacientes que frequentam o SEM, pacientes que retornam ao SEM, pacientes clínicos), pacientes encaminhados por outros setores e também as características do SEM, considerando o fluxo de pacientes e ajuste dos recursos à demanda, prontidão em dias de menor movimento (Manchester Triage Group, 2008).

Christ et al. (2010) fizeram uma revisão da literatura sobre os sistemas de triagem com cinco níveis de classificação existentes. Alguns instrumentos de triagem (CTAS, ATS, MTS) estabelecem um tempo limite para que os pacientes, dependendo da prioridade de tratamento, devem ser avaliados por um médico. O Emergency Severity Index (ESI) aborda de forma diferente os pacientes com baixa prioridade (níveis 3 a 5): ao invés de limite de tempo fixos, o objetivo é a avaliação desses pacientes tão logo quanto for possível, dependendo da carga de trabalho no momento (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 - Tempo máximo de espera para avaliação do paciente por um médico de acordo com cada nível de prioridade de quatro sistemas de triagem, adaptado de Christ et al. (2010)

	ATS	MTS	CTAS	ESI
Nível 1	imediato	Imediato	imediato	imediato
Nível 2	10 minutos	10 minutos	15 minutos	10 minutos
Nível 3	30 minutos	60 minutos	30 minutos	Não há
Nível 4	60 minutos	120 minutos	60 minutos	Não há
Nível 5	120 minutos	240 minutos	120 minutos	Não há

Quando uma pessoa obviamente doente comparece a um SEM, geralmente a decisão de triagem é relativamente simples porque ela precisa de atenção imediata. Assim como as pessoas que procuram o serviço com queixas não-urgentes. Mas uma grande proporção dos pacientes que comparecem ao SEM não pertencem a nenhum desses extremos, portanto a decisão de triagem desses pacientes se torna mais difícil (Göransson et al., 2005; Kahveci et al., 2011).

Para Soler et al. (2010), a triagem se tornou um selo de identidade do SEM que a utiliza, sendo também uma ferramenta objetiva que permite medir, avaliar e melhorar o funcionamento e o rendimento do serviço. Também sugerem que os sistemas atuais de triagem devem ser estruturados e baseados em escalas de cinco níveis. A atribuição de um desses níveis deve se fundamentar em decisões

objetivas, apoiar-se em algoritmos e sistemas informatizados que automatizem essas decisões e permitir, ao mesmo tempo ajustes por parte de quem realiza a triagem.

De acordo com as diretrizes do Humaniza SUS, os parâmetros para implementação de ações de urgência e emergência nos prontos-socorros, pronto atendimentos, assistência pré-hospitalar e outros são:

- demanda acolhida e atendida de acordo com a avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- garantia de resolução da urgência e emergência, provido o acesso ao atendimento hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- promoção de ações que garantam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado após o atendimento de urgência ou de emergência;
- definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade do sujeito;
- garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente em saúde;
- promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho;
- organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão (Brasil, [2011]).

Os dados sistemáticos reunidos ao longo do tempo de realização de triagem trouxeram informações sobre a gravidade das doenças dos pacientes que compareceram aos SEM da Alemanha que são importantes não apenas para propósitos epidemiológicos mas também para políticas de saúde (Christ et al., 2010).

Segundo McGuire et al. (2008), o manejo da demanda do atendimento odontológico permite uma utilização apropriada dos serviços odontológicos, melhorando a gestão do sistema de saúde, com melhor relação custo-benefício.

O propósito da triagem é ter o paciente certo no lugar certo e no momento certo pela razão certa. Como frequentemente os problemas dentais não estão relacionados ao risco de vida, a rapidez de avaliação e a precisão de julgamento não é tão crítica para a segurança do paciente.

A triagem é uma função essencial onde muitos pacientes se apresentam simultaneamente com variadas necessidades e no momento em que há uma grande procura por atendimento. Esta prática identifica pacientes que necessitam de atendimento mais imediato e aqueles que podem aguardar por mais tempo. Além disso, pode orientar os pacientes que necessitam de atendimento especializado não realizado pelo atendimento de urgência/emergência, com possibilidade de reduzir o tempo de espera daqueles que realmente necessitam de atendimento.

Evans et al. (2001) relatam que há uma considerável confusão sobre onde e como pacientes com problemas odontológicos de urgência fora do horário deveriam ser atendidos tanto por parte do público quanto dos profissionais de saúde e os pacientes podem acabar procurando tratamento odontológico de emergência em SEM.

Os dados de um SEM urbano (Louisiana, EUA) sugerem uma incidência significativa de pacientes com todos os tipos de problemas dentários. Os diagnósticos mais comuns foram abscesso odontogênico (27%), cáries (21%), dor dentária (20%), fratura da mandíbula (19%) e doença gengival (20%). Aproximadamente metade destes pacientes apresentava condições não-urgentes que poderiam ser tratadas por um dentista que execute o cuidado odontológico em horário normal de atendimento (Waldrop et al., 2000).

A importância do tratamento odontológico regular é a mensagem central de muitas iniciativas de promoção de saúde bucal que permite aconselhamento apropriado e o tratamento dental precoce e também a investigação de doenças que ameaçam a vida. O estudo de McGrath et al. (1999) mostrou um marcado aumento na utilização dos serviços odontológicos entre os idosos no Reino Unido, sugerindo que o número de dentes é um determinante importante para a utilização dos serviços odontológicos.

Assim como ocorre na medicina, também há um aumento na demanda por atendimento odontológico de urgência. A média de pacientes atendidos no Setor de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (SUO-FOUSP) por ano entre 1990 e 2005 foi de 9.912 pacientes e foram realizados em média 13.122 procedimentos por ano, principalmente devido à cárie e às doenças decorrentes da sua evolução. Observou-se um crescimento tanto no número de pacientes quanto no de procedimentos realizados ano a ano, nesse período (Tortamano et al., 2006).

Na Inglaterra, um consenso entre profissionais especializados decidiu que as emergências odontológicas compreenderiam hemorragia pós exodontia, trauma dentário ou em mandíbula ou maxila, edema perto dos olhos ou edema que resulte em dificuldade em deglutir indicando possível infecção aguda que pode se espalhar e dificultar a respiração. As urgências seriam dor de dente ou facial grave não controlada por medicamentos e infecções dentárias e de tecido mole agudas (Evans et al., 2001).

Alguns problemas dentários agudos não são resolvidos a não ser com o tratamento feito pelo cirurgião-dentista. Enquanto uma variedade de tipos de cuidados como conselho por telefone, visita médica domiciliar ou recomendação para procurar um pronto-atendimento podem ser oferecidos a pacientes que procuram cuidados médicos fora do horário, para pacientes com necessidades odontológicas normalmente as opções são mais restritas.

Vários estudos foram feitos para avaliar a implantação de sistemas de triagem para pacientes que precisavam de atendimento odontológico de urgência, principalmente fora do horário.

O estudo de Topping (2005) avaliou o primeiro ano de um projeto piloto de serviço de emergência odontológica (SEO) fora do horário em Fife, Escócia, por meio de um questionário enviado a 200 pacientes. A triagem dos pacientes que procuraram SOE fora do horário foi feito por um enfermeiro por telefone. Quase metade dos pacientes apresentava dor de dente (n=90) e as queixas menos freqüentes foram: alveolite (n=15), problemas com coroas ou próteses (n=11), fratura dentária (n=8), pericoronarite (n=3) e trauma (n=5). O processo de triagem realizado por enfermeiros já está bem estabelecido em casos de acidente e SEM. Para o cenário odontológico, a consulta por telefone a enfermeiros com suporte de um software de decisão de triagem mostrou ser segura, efetiva e adequada.

O sistema descrito por Horie et al. (2005) para atendimento de lesões em crianças fora do horário solicita ao paciente que telefone antes de comparecer para atendimento. A ligação telefônica é transferida para um clínico e este decide a necessidade de o paciente vir para ser examinado. Naturalmente houveram casos que foram resolvidos com um conselho por telefone, sem uma visita. Assim, a consulta por telefone ajudou na triagem de pacientes que precisavam ser atendidos e pode até mesmo proporcionar economia de custos. A razão mais comum para o não comparecimento dos pacientes foi a falta de necessidade porque as lesões

eram pequenas e o processo de auto-exame e o auto-cuidado eram preferíveis e adequados. Em outros casos, um hospital próximo foi indicado. A vantagem da ligação telefônica prévia ao atendimento é que os responsáveis e os pacientes puderam ser adequadamente aconselhados sobre a necessidade imediata de procurar cuidados fora do horário e recursos mais caros e o tempo do profissional, destinados ao atendimento de lesões mais graves. Além disso, os responsáveis se sentiam mais aliviados após conversar com o dentista e tendiam a seguir mais fielmente as instruções dadas pelo dentista do que se fossem aconselhados por outros membros da equipe médica.

A implementação de um sistema de triagem eletrônico para atendimento odontológico de emergência na Austrália demonstrou que houve uma significante perspectiva de reduzir o impacto dos pacientes em urgência odontológica no sistema de saúde, com possível economia de tempo e redução de custos. O sistema de triagem foi desenvolvido de forma que a equipe não-clínica pudesse utilizá-lo e teve muito sucesso em triar as emergências odontológicas. Este sistema foi implementado não como uma ferramenta de diagnóstico, mas com o objetivo de melhorar a prioridade na marcação de consultas dos pacientes (Smith et al., 2006).

A avaliação das queixas de 35000 prontuários de pacientes adultos de baixa renda que utilizaram SEO no estado de Victoria, Austrália, mostrou que 52% dos pacientes realmente precisavam de atendimento no dia procurado. A maior parte das queixas estava relacionada com dentes naturais (90%) e, desses, 41,3% sentiram dores que atrapalharam o sono enquanto 15% relataram ter tido algum grau de edema. Este estudo revelou que o uso de um sistema de triagem tanto por telefone quanto pessoalmente poderia manejar 47% daqueles que se apresentaram como emergência para ser atendidos em consultas de rotina (McGuire et al., 2008).

Ball (2008) apresenta um esquema do manejo das ligações telefônicas de pacientes com emergência odontológica fora do horário na Escócia. O paciente liga inicialmente para um serviço nacional de saúde que repassa a ligação para uma enfermeira que faz a triagem odontológica e classifica segundo uma das três categorias: tratamento de emergência, tratamento de urgência ou tratamento de rotina, conselho e auto-cuidado. Pacientes em situações como trauma, edema orofacial significativo e com risco de piora, sangramento incontrolável pós exodontia, infecção dentária que resulte em alterações sistêmicas, trismo grave e pacientes com doenças sistêmicas que podem ser exacerbadas na presença de uma condição

oro-facial devem ser atendidos em até uma hora. Pacientes com infecção dentária ou de tecidos moles sem sintomas sistêmicos, dor de dente ou facial grave ou com fratura dentária com exposição pulpar devem ser encaminhados para atendimento em até 24 horas. Outros casos mais simples, como dor leve ou moderada, pequenas hemorragias pós-exodontia e traumas podem ser resolvidos com auto-cuidado e conselhos de forma que o paciente seja encaminhado para tratamento em até 30 dias.

Evidências sugerem que o estabelecimento de uma rede de cuidados odontológicos de emergência pode ser um grande determinante da satisfação do paciente. Ao avaliar as expectativas dos pacientes que procuraram um atendimento odontológico de emergência, Anderson (2004) mostrou que a indisponibilidade de um SEO, as múltiplas tentativas de se conseguir atendimento antes de procurar SEO assim como a demora em procurar atendimento por acreditar que os dentistas não trabalham aos finais de semana sugerem que as expectativas de disponibilidade e acessibilidade não foram atingidas por uma parcela considerável de pacientes. Estes pacientes procuravam por alívio dos sintomas e/ou maior certeza sobre as causas do seu problema ou por expectativa e/ou desejo de um tratamento específico como restauração provisória, cimentação provisória de coroas ou exodontia. Entretanto, essas expectativas por um tratamento particular parecem ser secundárias ao desejo fundamental de se ver livre da dor. Mesmo para pacientes cuja queixa primária é a dor, o resultado principal desejado pode ser informativo e psicológico, ou seja, a reafirmação de que o problema não é sério e a diminuição da incerteza sobre a causa da dor. Essa reafirmação também pode aumentar a capacidade do paciente em enfrentar sua própria dor a qual provavelmente não iria piorar antes de conseguir marcar uma consulta em horário normal.

Pessoas que não recebem cuidados odontológicos regulares no setor privado podem ter como possibilidade ir até uma clínica de emergência odontológica de uma faculdade de Odontologia, se elas souberem ou descobrirem que este tipo de serviço existe.

O SUO-FOUSP está localizado na Cidade Universitária, zona oeste da cidade de São Paulo e atende aproximadamente 10000 pacientes anualmente vindos dos mais diversos bairros e inclusive de cidades da região metropolitana. Como é um serviço público, ou seja, gratuito, ele atende além dos pacientes da própria faculdade, os que não tem condições de pagar pelo tratamento odontológico e os

que não estão recebendo tratamento odontológico formal. Não há necessidade de marcar consulta e todos os casos são atendidos com a supervisão de uma professora-plantonista. Estudantes de graduação e alunos do curso de aprimoramento, cuja presença varia de 0 a no máximo 4 pessoas, atendem das 8h00 às 20h00 durante os dias da semana. Aos finais de semana, os pacientes são orientados a procurar pronto-atendimento hospitalar.

Neste setor, são atendidos na maioria pacientes adultos jovens, de ambos os sexos, na faixa etária entre 20 a 29 anos, sendo a causa provável para esta característica a significativa perda dentária que os pacientes acima de 45 anos passam a acumular. Com menores chances de ter odontalgias, reduz-se a consequente procura por atendimento de urgência. Dentre os 10000 pacientes atendidos anualmente, uma média de 2.015 recebeu orientação ou foi dispensado ou se ausentou sem conduta (Tortamano et al., 2006). A falta de tempo, principalmente daqueles que trabalham, leva estes a procurar atendimento somente quando o agravo se torna um problema que causa transtornos no seu dia a dia (Mazzilli, 2008).

A classificação dos pacientes segundo as suas necessidades clínicas visa melhorar o atendimento realizado no SUO-FOUSP, pois ao elencar as prioridades será possível distribuir os pacientes de acordo com o fluxo de paciente e com as competências e habilidades dos alunos que atendem no setor. O manejo da demanda e a redução da procura inadequada podem ser feitos por meio de conselhos apropriados aos pacientes já neste primeiro contato do paciente com o setor.

Como o MTS é um instrumento desenvolvido em outra língua, alguns cuidados devem ser tomados. O Protocolo de Guillemin (Guillemin, 1995) foi feito para preservar a equivalência em adaptações culturais, pois além da tradução do instrumento a ser utilizado, é necessário fazer uma adaptação cultural do instrumento para que este seja compreendido quando aplicado. A tradução deve ser realizada por pelo menos dois tradutores qualificados e independentes. A partir desta tradução, faz-se a retro-tradução, em número igual a das traduções com tradutores nativos na língua original. Um comitê multidisciplinar deve comparar a versão original com as versões traduzidas; usar técnicas estruturadas para resolver as discrepâncias; modificar o formato, rejeitando itens inapropriados, formulando novos itens; garantir que a tradução esteja inteiramente compreensível e verificar a

equivalência cultural da escala. Um pré-teste pode ser realizado, com técnica apropriada para garantir a equivalência com a versão original, ou submeter as versões original e final a uma avaliação por pessoas bilíngues. Ao final, deve-se considerar a adaptação dos pesos dos escores dentro do contexto cultural. O método de mensuração deve ter validade, ou seja, a habilidade de medir exatamente aquilo que se propõe medir e confiabilidade que é a habilidade de ser repetido inter e intraobservadores.

3 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho tem como objetivos:

1- Traduzir e validar para a língua portuguesa a parte aplicável do MTS às urgências odontológicas.

2- Verificar a confiabilidade da versão do instrumento entre avaliadores independentes.

3- Avaliar o impacto da utilização do sistema de triagem de pacientes de urgência odontológica no SUO-FOUSP.

4 MATERIAL E MÉTODO

O instrumento utilizado foi o Manchester Triage System (MTS), desenvolvido pelo Manchester Triage Group (2008), liderado pelo Professor Kevin Mackway-Jones. Foi feita a tradução e validação apenas da parte que se aplica às urgências odontológicas (Anexos A e B). O trabalho foi desenvolvido em 5 etapas que serão descritas a seguir.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP sob o número FR300280, Protocolo 162/2009 (Anexo C).

Para avaliar o impacto da introdução do sistema de triagem MTS no SUO-FOUSP, 120 pacientes, que compareceram para atendimento de urgência e que concordaram em participar através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), responderam um protocolo de pesquisa (Apêndice B).

4.1 Tradução do instrumento

A tradução inicial do instrumento da língua inglesa para a portuguesa foi feita por um tradutor bilíngue que tem o português como primeira língua. A autora também fez uma tradução a fim de comparar com aquela feita pelo tradutor e elaborar uma primeira versão (Escala 1).

4.2 Versão à língua de origem (“Back-translation”)

A versão à língua de origem foi feita por um tradutor nativo em inglês, sem conhecimento prévio da MTS. A Escala 1 foi traduzida do português para o inglês, obtendo assim a Escala 2. A finalidade da realização desta etapa foi verificar divergências no significado e no conteúdo entre a escala original e a tradução, garantindo a qualidade da tradução.

4.3 Avaliação semântica, idiomática, cultural e conceitual

Um comitê com 6 julgadores voluntários (Apêndices C e D) que atendiam a pelo menos dois dos seguintes critérios de inclusão: 1. possuir domínio sobre a língua inglesa; 2. ser cirurgião dentista; 3. possuir experiência no ensino ou na prática de urgência odontológica foi escolhido para esta fase. Três julgadores realizaram a avaliação semântica e idiomática, verificando a equivalência no significado e no uso de expressões idiomáticas entre a versão original e a Escala 1. A análise utilizou uma escala de equivalência, no qual -1 significa não equivalente, 0, indeciso e +1, equivalente. Os itens não ou pouco equivalentes receberam sugestões. Após a consideração das equivalências e sugestões, a escala foi submetida a nova apreciação e depois dos ajustes necessários, obteve-se a Escala 3. Esta escala foi enviada aos outros três juízes para avaliação cultural e conceitual. A avaliação cultural analisa a correspondência da coerência entre a situação descrita e a realidade dos serviços de emergência em nosso meio e a conceitual a afirmação do conteúdo que se pretende medir. A avaliação foi feita da mesma forma anteriormente descrita. Após os ajustes das não equivalências e sugestões, chegou-se a versão final para aplicação no SUO-FOUSP (Apêndice E).

4.4 Confiabilidade interobservadores

Esta fase foi feita para verificar a concordância entre a avaliação feita por dois alunos voluntários no SUO-FOUSP, que concordaram em participar através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), e a pesquisadora. As triagens dos pacientes foram feitas de maneira independente, no momento da chegada do paciente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), ou seja, cada voluntário avaliou e classificou os pacientes de acordo com o MTS adaptado (Apêndice H). Após esta primeira triagem, os pacientes também foram avaliados pela pesquisadora (Apêndice H). Os pacientes que se recusaram a participar seguiram o fluxo normal de atendimento. Foram entrevistados 200 pacientes no total.

4.5 Aplicação do MTS

Nesta fase, foram entrevistados 139 pacientes do SUO-FOUSP que concordaram em participar através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) exclusivamente pela pesquisadora. Foi feita a avaliação do paciente no momento de sua chegada e a sua classificação segundo o sistema MTS (Apêndice J).

4.6 Análise estatística

Para a avaliação das escalas pelo comitê de 6 julgadores, foi utilizado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), de acordo com metodologia proposta por Waltz et al. (1991). Ele é calculado dividindo o número de itens avaliados como equivalentes por dois juízes pelo total de itens da escala, ou seja, é calculado para cada par de juízes. Foram considerados válidos aqueles que apresentaram IVC maior ou igual a 0,8.

A confiabilidade interobservadores foi avaliada através do índice *kappa*, uma medida de concordância, baseada no número de respostas concordantes entre os dois alunos voluntários e a pesquisadora quanto à categorização do paciente segundo a MTS adaptada. Ele varia de 0 a 1, no qual 0 significa nenhuma concordância e 1, total concordância. Para a concordância ideal índice *kappa* deve ser maior ou igual a 0,70 (Vieira, 1998).

Na comparação entre pacientes categorizados ou não de acordo com o MTS, os dados analisados foram idade, tempo decorrido até a entrada no setor (do contato desde a entrevista e a entrada), tempo de permanência (da entrada ao final do atendimento), tempo desde o início da queixa e intensidade de dor, por meio do teste não-paramétrico de Mann-Whitney. As associações com variáveis qualitativas como sexo, queixa de dor, presença de outras alterações e o encaminhamento dado ao paciente foram verificadas através do teste do qui-quadrado (X^2).

Na fase de aplicação do MTS, foi analisada a caracterização e distribuição dos pacientes nas categorias do sistema. De acordo com essa categorização, foram

analisados os dados contínuos como idade, o tempo decorrido até a entrada no setor (contado desde a avaliação de triagem e a entrada) e o tempo de permanência (da entrada ao final do atendimento) e a intensidade de dor por meio do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis). Para verificar a associação entre a classificação atribuída pela pesquisadora e as variáveis qualitativas dos pacientes foi utilizado o teste do qui-quadrado (X^2). Foram consideradas associações significativas aquelas que apresentaram valor de $p \leq 0,05$. O programa estatístico Stata versão 10.0 foi utilizado para realizar a análise dos resultados.

5 RESULTADOS

O processo de tradução da versão original para o português seguiu o método padrão de tradução/ retrotradução.

A escala traduzida foi submetida à validação semântica e idiomática do MTS realizada por 3 juízes, comparando-a com a escala original. O IVC encontrado foi de 0.78 entre os avaliadores 1 e 2 e entre 1 e 3. Entre os juízes 2 e 3 foi de 0.87. Após os ajustes feitos de acordo com as sugestões dadas pelos mesmos para os itens discordantes, a escala foi encaminhada novamente para análise. O IVC obtido desta vez foi de 0.87, entre os avaliadores 1 e 2 e 1 e 3, e 0.96 entre os juízes 2 e 3.

Este instrumento foi submetido então à avaliação para adequação do conteúdo conceitual e cultural à realidade do serviço prestado pelo SUO-FOUSP por outros três avaliadores do comitê de juízes estabelecido. Entre os avaliadores 4 e 5, o IVC foi de 0.87, e entre os julgadores 4 e 6 e 5 e 6 foi de 0.83. Não foram necessários novos ajustes para o MTS.

Após estas validações, seguiu-se com a fase de avaliação de concordância interobservadores. O tempo gasto para fazer a entrevista e a anamnese foi de 5 a 7 minutos para cada paciente. A entrevista foi realizada das 7h00 às 17h30. Os pacientes foram avaliados de maneira independente pela pesquisadora e por dois voluntários, um graduado e outro no terceiro ano de graduação que atuavam no SUO-FOUSP, em períodos diferentes. Foram realizadas 100 entrevistas com cada um dos voluntários e a concordância observada foi de 73% com o primeiro voluntário e 70% com o segundo. Nenhum paciente foi classificado como vermelho. Na tabela 5.1 são apresentados os resultados desta fase e o valor calculado de *kappa* (k).

Tabela 5.1 - Resultados da concordância interobservadores, segundo os níveis do MTS

Pesquisadora / Voluntário	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	k
Primeiro						0.58
Vermelho	0	0	0	0	0	
Laranja	0	1	4	0	0	
Amarelo	0	0	39	5	2	
Verde	0	1	7	20	2	
Azul	0	0	0	6	13	
Segundo						0.60
Vermelho	0	0	0	0	0	
Laranja	0	15	2	1	0	
Amarelo	0	7	20	15	0	
Verde	0	1	0	10	0	
Azul	0	0	3	1	25	

Na fase de coleta de dados sem e com a classificação de prioridade segundo o MTS, o tempo gasto para fazer a entrevista e a anamnese foi também de 5 a 7 minutos para cada paciente. As entrevistas foram realizadas das 7h00 às 20h00. Dos pacientes entrevistados, 120 não foram classificados de acordo com o MTS e foram atendidos por ordem de chegada. Foram classificados 139 indivíduos segundo o esquema de cores do MTS e atendidos de acordo com a prioridade e de forma a melhorar o fluxo dos pacientes. Nenhum paciente foi classificado como vermelho.

Os dados contínuos e discretos obtidos dessas entrevistas foram submetidos ao teste de assimetria e curtose para normalidade e todos apresentaram uma distribuição não-normal. Por isso foram utilizados os testes estatísticos não paramétricos para a análise dos resultados. Para a variável tempo desde o início dos sintomas foram considerados apenas os dados com valores até 90 dias.

A tabela 5.2 apresenta as variáveis contínuas e discretas coletadas da população abordada. O teste utilizado foi de Mann-Whitney (MW). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis: tempo de espera e tempo de atendimento. Para as variáveis idade, tempo de duração da queixa e intensidade de dor, não houve diferenças significativas entre os pacientes que não foram triados e os que foram.

Tabela 5.2 - Variáveis contínuas e discretas dos participantes das entrevistas sem e com classificação de triagem segundo MTS

Variáveis	n	média	mínimo	máximo	desvio padrão	p (MW)
Idade (anos)						0.51
Sem triagem	120	33.37	1	74	17.55	
Com triagem	139	35.58	2	81	19.17	
Tempo de espera (min)						0.00
Sem triagem	120	79.96	6	208	44.80	
Com triagem	137	36.86	5	98	21.70	
Tempo de atendimento (min)						0.05
Sem triagem	119	29.11	3	103	19.59	
Com triagem	137	34.78	3	147	24.09	
Tempo desde início da queixa (dias)						0.71
Sem triagem	83	11.81	0	90	19.59	
Com triagem	95	11.64	0	90	18.57	
Intensidade de dor						0.74
Sem triagem	120	5.31	1	10	3.28	
Com triagem	139	5.19	1	10	3.10	

A figura 5.1 evidencia as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa na comparação entre o período em que não se fez e o que se fez a triagem de pacientes no SUO-FOUSP.

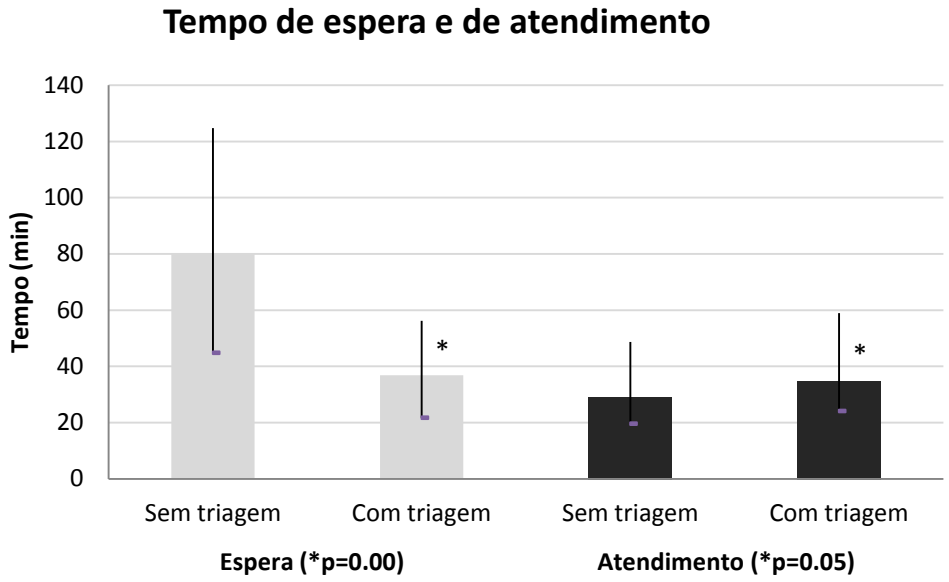


Figura 5.1- Média e desvio padrão do tempo de espera desde a entrevista até a entrada para o atendimento e do tempo de duração do atendimento no SUO-FOUSP em minutos, sem e com classificação de acordo com o MTS (MW)

Na tabela 5.3, é apresentada a distribuição dos dados coletados da amostra em relação aos dados categóricos. Estes dados foram avaliados com o teste do qui-quadrado (X^2). Tanto o grupo dos pacientes que não participaram da triagem quanto os que foram triados apresentaram frequências de distribuição semelhantes, sem diferença significativa para nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 5.3 - Distribuição da população estudada de acordo com as categorias avaliadas sem e com a realização da triagem

Variáveis	Sem triagem	Com triagem	p (X^2)
Sexo			0.61
Masculino	53	57	
Feminino	67	82	
Queixa de dor			0.49
Não	25	34	
Sim	95	105	
Outras alterações*			0.78
Não	89	101	
Sim	31	38	
Encaminhamento**			0.09
Não	72	69	
Sim	48	70	

* presença de edema, febre, linfonodos palpáveis, ansiedade, etc.
** para as disciplinas, Fundecto ou Hospital Universitário, para continuar o atendimento inicial

Os dados contínuos e discretos coletados dos pacientes que foram classificados de acordo com o MTS também tiveram uma distribuição não-normal e foram avaliados por meio do teste de Kruskal-Wallis (KW). Não houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis tempo de espera e tempo desde o início da queixa e as categorias. Para a variável idade, as diferenças foram encontradas entre os grupos laranja e azul (p=0.02), amarelo e azul (p=0.01) e verde e azul (p=0.01). Para a variável tempo de atendimento, as diferenças encontradas foram entre os grupos amarelo e azul (p=0.00) e verde e azul (p=0.01). Para a variável intensidade de dor, as diferenças foram entre os grupos laranja e azul (p=0.00), amarelo e verde (p=0.00), amarelo e azul (p=0.00) e verde e azul (p=0.00) (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Variáveis contínuas e discretas dos participantes classificados de acordo com o MTS

	n	média	mínimo	máximo	desvio padrão	p (KW)
Variáveis						
Idade (anos)						0.01
Laranja	3	17	2	25	13.00	
Amarelo	53	32.92	3	81	15.50	
Verde	37	31.54	3	77	21.27	
Azul	46	43.11	5	77	19.44	
Tempo de espera (min)						0.49
Laranja	3	24	6	43	18.52	
Amarelo	53	36.26	5	98	23.41	
Verde	37	38.92	5	95	18.41	
Azul	44	36.73	6	95	22.61	
Tempo de atendimento (min)						0.00
Laranja	3	35.67	16	62	23.30	
Amarelo	53	43.30	4	147	25.86	
Verde	37	35.22	7	100	26.71	
Azul	44	24.09	3	95	18.52	
Tempo desde início da queixa (dias)						0.14
Laranja	3	3.67	1	6	2.52	
Amarelo	49	6.39	1	25	6.50	
Verde	28	18.89	1	90	25.57	
Azul	15	16.87	0	90	25.76	
Intensidade de dor						0.00
Laranja	3	8.33	6	10	2.08	
Amarelo	53	7.23	1	10	2.45	
Verde	37	5.24	1	10	2.01	
Azul	46	2.60	1	10	2.06	

As variáveis que apresentaram diferença estatística estão apresentadas nas figuras 5.2, 5.3 e 5.4.

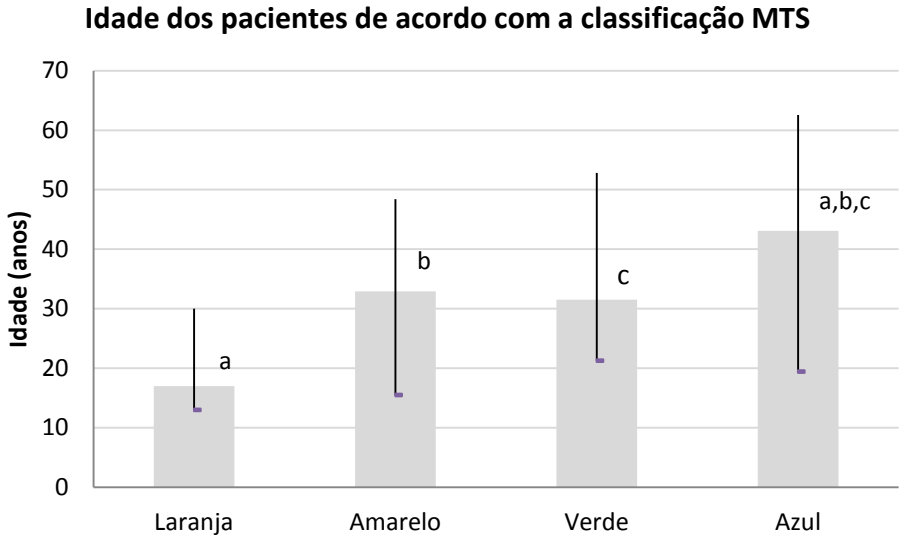


Figura 5.2 – Média e desvio padrão da idade dos pacientes em anos, de acordo com os grupos da classificação do MTS (KW)

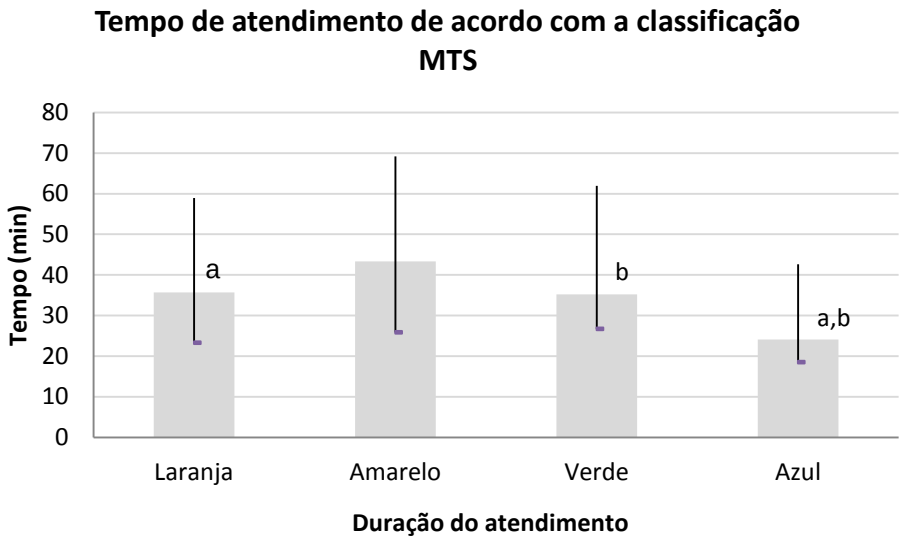


Figura 5.3 - Média e desvio padrão do tempo de duração do atendimento no SUO-FOUSP em minutos, de acordo com os grupos da classificação do MTS (KW)

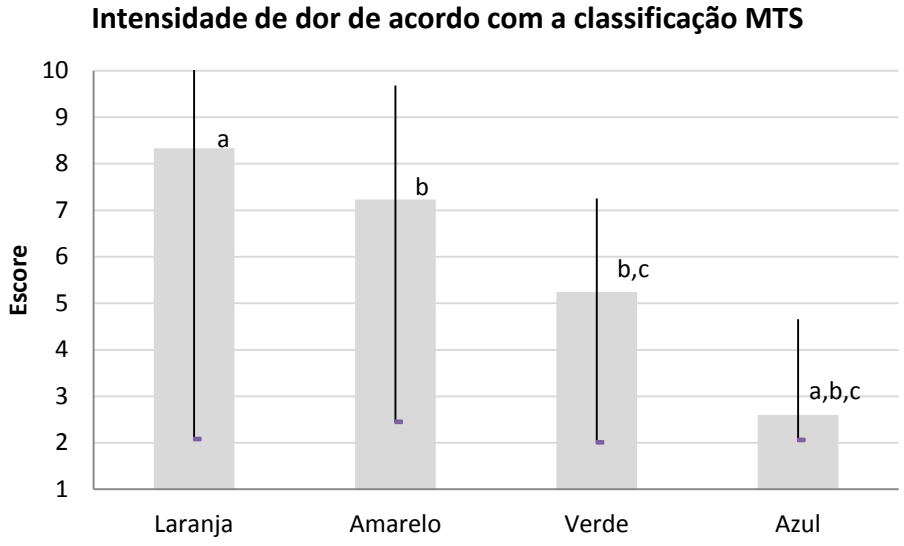


Figura 5.4 - Média e desvio padrão dos escores de intensidade de dor segundo a Escala Numérica, entre os grupos da classificação do MTS (KW)

As variáveis categóricas foram analisadas por meio do teste de X^2. Não houve diferença estatística entre as categorias do MTS e o sexo (p=0.97). A queixa de dor (p=0.00) apresentou associações significativas entre laranja e azul (p=0.04), amarelo e azul (p=0.00) e verde e azul (p=0.00). Para a presença de outras alterações conjuntamente com a queixa (p=0.00), só não houve associação significativa entre as categorias laranja com amarelo e verde com azul, para as outras interações, p=0.00. Em relação ao encaminhamento para continuidade do atendimento iniciado no SUO-FOUSP (p=0.03), as associações com diferença significativa foram as categorias laranja em azul (p=0.04) e amarelo e azul (p=0.02) (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Distribuição da população estudada de acordo com as categorias do MTS

Variáveis	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	p (X^2)
Sexo					0.97
Masculino	1	22	16	18	
Feminino	2	31	21	28	
Queixa de dor					0.00
Não	0	4	2	28	
Sim	3	49	35	18	
Outras alterações*					0.00
Não	0	26	33	42	
Sim	3	27	4	4	
Encaminhamento**					0.03
Não	0	20	21	28	
Sim	3	33	16	18	

* presença de edema, febre, linfonodos palpáveis, ansiedade, etc.

** para as disciplinas, Fundecto ou Hospital Universitário, para continuar o atendimento inicial

Cada profissional participante do comitê de avaliação semântica e idiomática e conceitual e cultural, os voluntários da fase de avaliação interobservadores, assim como todos os pacientes e/ou responsáveis que concordaram em participar de qualquer uma das etapas da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

6 DISCUSSÃO

O objetivo da triagem é realizar a avaliação inicial de pacientes que procuram o serviço para minimizar os efeitos do aumento da demanda, causada por falta de acesso aos cuidados primários, aumento da complexidade e gravidade dos pacientes. A classificação de pacientes por meio da triagem pode garantir o acesso mais rápido de pacientes graves e também, em casos em que a demanda não seja excessiva, pode contribuir para aumentar a satisfação do paciente e diminuir a ansiedade enquanto ele aguarda o atendimento.

O atendimento das urgências odontológicas geralmente compreende a realização de algum procedimento por parte do cirurgião-dentista, além da consulta, e às vezes de algum exame complementar, como a radiografia periapical dos dentes.

Pessoas que não recebem cuidados odontológicos regulares podem procurar atendimento de emergência odontológica em uma faculdade de Odontologia, que geralmente oferecem esse serviço gratuitamente ou com menores custos, se eles souberem que este tipo de serviço existe. Pesquisas sobre o assunto, abordando especificamente o atendimento de urgência odontológica, ainda são recentes. O uso de um instrumento validado que permita a classificação mais objetiva possível desses pacientes deve ser tema de estudo e de investimento na realidade do SUO-FOUSP. Essa decisão pode ser tomada a partir de subsídios mais seguros quando se conta com um protocolo para triagem de pacientes.

O MTS é composto de 52 fluxogramas de possíveis apresentações de problemas que os pacientes podem relatar quando procuram SEM. É um método que determina através do auto-relato do paciente as características marcantes desse problema atual. Como relatado por Evans et al., 2001, pacientes com problemas odontológicos de urgência muitas vezes não sabem onde e como procurar atendimento e acabam indo ao SEM. Por isso, entre os fluxogramas do MTS existem duas que estão relacionadas com os problemas que levam o paciente a procurar SEO e que foram selecionadas para esta pesquisa.

Na literatura, as escalas de cinco níveis são mais estudadas para classificação de pacientes de emergência médica, pois utilizam mais dados objetivos do que os com menos níveis, conseguem determinar melhor a gravidade e a

prioridade (Christ et al., 2010) e apresentam maiores índices de confiabilidade (Fernandes et al., 2005). Trabalhos que descrevem a triagem de pacientes com urgências odontológicas apresentam normalmente três níveis de classificação (Evans et al., 2001; Topping, 2005; Ball, 2008). O trabalho de Smith et al. (2006) usa uma escala com seis categorias para classificação desses pacientes. Quando a descrição da apresentação do paciente não é muito clara, a inclusão de muitos níveis intermediários pode trazer mais dificuldades na hora da classificação.

O protocolo de Guillemin (Guillemin, 1995) apresenta um roteiro para se obter uma equivalência cultural de um instrumento escrito em língua estrangeira. Além de fazer a tradução do texto, para que o instrumento possa ser utilizado e consiga atingir seus objetivos, é necessário que ele seja adequado ao local onde será aplicado. Então, além da tradução propriamente dita, se fazem necessárias as adequações semântica e transcultural, mantendo as características originais.

Os sistemas de triagem de pacientes de emergência têm como um de seus objetivos ser fácil e rápido de forma que possa ser utilizado em várias situações e mesmo por pessoas que não fazem parte da equipe clínica. O MTS foi desenvolvido para que o instrumento seja simples e objetivo. A tradução foi realizada duas vezes, pois as diferenças observadas entre elas eram mínimas. A versão à língua de origem apresentou ínfimas diferenças quando comparadas com o instrumento original.

O instrumento traduzido foi enviado para a validação idiomática e semântica, com características mais adequadas à realidade da língua portuguesa, para ser comparada com a escala original. As sugestões feitas pelos juízes nesta avaliação foram positivas e contribuíram para que a versão traduzida melhor se adequasse ao português.

Em seguida foi realizada a avaliação conceitual e cultural para adequar o instrumento à realidade do SUO-FOUSP. Como os primeiros juízes tinham bastante experiência no atendimento de urgências odontológicas, os ajustes realizados na avaliação idiomática e semântica foram suficientes para que o instrumento já estivesse com o conteúdo adequado.

Na fase de confiabilidade interobservadores, idealmente, os resultados deveriam apresentar o mais alto grau de replicabilidade possível, ou seja, avaliadores independentes deveriam chegar às mesmas conclusões quanto à classificação de prioridade dos pacientes no atendimento de urgência. Os valores da

estatística k variam de 0 a 1, no qual 0 indica discordância total e 1, concordância perfeita. Dentro desta variação, a concordância é classificada da seguinte maneira: pobre ($k<0.2$), adequada ($0.2<k<0.4$), satisfatória ($0.4<k<0.6$), boa ($0.6<k<0.8$) e muito boa ($0.8<k<1$) (Fernandes et al., 2005).

Os valores de k encontrados classificam os resultados como satisfatórios. Porém, as entrevistas foram feitas com pacientes reais em momentos diferentes com cada entrevistador e, em algumas situações, o paciente relatava histórias e/ou sintomas diferentes ou se lembravam de detalhes sobre o problema em apenas uma das ocasiões ou tinham dificuldade em descrever adequadamente o problema. Fazer duas avaliações independentes e consecutivas parece ser cansativo para os pacientes, mas é a forma mais adequada encontrada para este tipo de estudo. Göransson et al. (2005), relatam que realizar pesquisas em um SEM às vezes é problemático devido à natureza do ambiente em que o serviço de saúde é prestado e ao estado emocional do paciente, que tornam estudos de triagem em situações de vida real particularmente complicado. Por isso, em sua pesquisa, eles avaliaram a confiabilidade na categorização de pacientes segundo CTAS por meio de cenários desenvolvidos a partir de casos reais de pacientes de emergência e encontraram 57,6% de concordância ($k=0.48$). Outro fator que também pode ter influenciado na concordância encontrada é que a variedade de fluxogramas de apresentação disponível para os pacientes de SEM é muito maior do que os necessários para o atendimento das urgências odontológicas.

O nível de concordância mostra que para novas pesquisas ainda é necessário treinar as pessoas que vão atuar na triagem de pacientes de urgência odontológica para garantir a padronização das condutas, a otimização do tempo gasto e principalmente a tomada de decisão rápida com qualidade e menos riscos para o paciente. O desenvolvimento de estratégias de ensino para melhorar a consistência na aplicação do MTS e de treinamento das pessoas que irão atuar na triagem poderá melhorar o nível de confiabilidade do instrumento.

Apesar da porcentagem de concordância ser maior com o primeiro voluntário do que com o segundo, o valor calculado de k foi maior no segundo caso. Isto se deve à característica da estatística k que calcula a concordância teórica excluindo a parte das concordâncias que poderiam ser atribuídas ao acaso e que não é proporcional à concordância observada.

Os voluntários que auxiliaram nas entrevistas realizadas nesta fase tinham diferentes níveis de conhecimento técnico e científico na área da odontologia. Apesar disso, a concordância observada foi semelhante nas duas situações. A triagem feita por enfermeiros é hoje bem estabelecida em acidentes e em SEM, onde os pacientes são classificados por prioridade clínica (Evans et al., 2001). Trabalhos como os de Smith et al. (2006) e de Topping (2005) realizaram a triagem de pacientes de urgência odontológica por telefone com auxílio de um software de tomada de decisão. Em ambos os casos, a triagem foi considerada um sucesso. Um objetivo futuro deste trabalho é que a triagem possa ser realizada facilmente por pessoas que não pertençam à equipe clínica do SUO-FOUSP.

Como já discutido por outros trabalhos (Göransson et al., 2005; Kahveci et al., 2011), a decisão de categorização nos níveis de prioridade nos casos em que uma pessoa claramente doente comparece ao SEM é de certa forma mais simples. Nenhum paciente apresentou características que indicassem risco de comprometer a vida e, então, não receberam classificação vermelha nas fases que incluíam a classificação de pacientes. Raramente problemas odontológicos vão ser causa de situações que ameaçam a vida e precisam de atendimento imediato. Em sua maioria, os pacientes que já conhecem o atendimento do SUO-FOUSP não o procuram nas situações extremas. Outra situação que também é mais facilmente reconhecida entre os pacientes que comparecem tanto ao SEM quanto ao SUO-FOUSP são os casos não-urgentes, classificados no último nível de prioridade. Dessa forma, níveis extremos são triados mais frequentemente em concordância do que as condições menos óbvias.

A avaliação de pacientes que procuram o serviço do SUO-FOUSP não é uma tarefa fácil, visto que é preciso dar prioridade ao atendimento de pacientes em um ambiente muitas vezes estressante e atender os casos de alta e baixa complexidade, porque estes dividem um mesmo espaço físico.

Como esperado, na comparação entre os pacientes que participaram da triagem e os que foram atendidos conforme o procedimento atual, pela ordem de chegada, ambos os grupos apresentaram características semelhantes quanto à idade, tempo decorrido desde o início da queixa, intensidade de dor, sexo, queixa de dor, presença de outras alterações como febre, edema, linfonodos palpáveis e o encaminhamento para a continuação do atendimento iniciado no SUO-FOUSP. As mulheres compareceram em maior número, como já observado no estudo de

Tortamano et al. (2006). A sugestão de que o número de dentes é um determinante na utilização de serviços odontológicos (McGrath et al., 1999) também pode ser observada neste estudo, pois mesmo com o comparecimento de pacientes da terceira idade, a média de idade foi ao redor dos 35 anos. Os pacientes que procuram atendimento no SUO-FOUSP, em sua maioria (75.53%), se queixam de dor, de intensidade que varia de um incômodo até a pior dor imaginável, que algumas vezes (27%) pode estar acompanhada por outras alterações percebidas pelos pacientes.

Assim como em outros estudos de avaliação de implementação de triagem, algumas melhorias puderam ser observadas ao aplicar o MTS no atendimento do SUO-FOUSP. Houve grande diminuição no tempo médio de espera desde o primeiro contato até a entrada dos pacientes que passaram pela classificação de prioridade, comparados com o grupo de pacientes que foi atendido segundo a ordem de chegada.

O tempo médio de duração do atendimento foi significativamente maior para os pacientes atendidos após a classificação de triagem. Duas observações podem ser apreendidas a partir desta informação: os profissionais puderam dedicar mais tempo para atender os pacientes que compareceram ao Setor e os casos que foram atendidos tinham maior gravidade e/ou complexidade que demandavam mais tempo de atendimento.

Para a avaliação do paciente, a entrevista foi direcionada para obter a queixa principal, ou seja, aquela que motivou a ida ao SUO-FOUSP, e outros sintomas como a intensidade da dor, as alterações percebidas no momento da triagem, além dos antecedentes que pudessem estar relacionados com a queixa principal. Não foi objetivo deste estudo verificar se a queixa representava uma condição que justificasse o comparecimento ao Setor, até mesmo porque embora a queixa se confunda com o diagnóstico, não há uma concordância total entre eles. Este dado foi utilizado para a classificação dos pacientes de acordo com os níveis propostos pelo MTS.

Atualmente, quando um paciente chega ao SUO-FOUSP com algum problema notadamente grave, é possível que este paciente seja atendido com prioridade. A utilização de um sistema de triagem permitiria que não somente estes casos fossem identificados, mas que todos os pacientes fossem classificados e

atendidos de acordo com a prioridade clínica e também de maneira a melhorar o fluxo de pacientes.

Outro dado que deve ser coletado no momento da triagem é a dor, já que é a queixa de 75.53% dos pacientes do SUO-FOUSP. Sua mensuração foi feita através de uma escala numérica de 1 a 10, pois é de aplicação rápida e fácil. Para a avaliação da dor, são necessários um instrumento adequado e um avaliador com sensibilidade, uma vez que a dor é uma experiência individual. O paciente pode comparar a dor atual a uma dor pregressa ou mesmo hipotética para descrever a intensidade da dor.

Na comparação entre as categorias do MTS, o grupo de pacientes da categoria azul tem média de idade maior, que poderia ser interpretado como maior ausência de dentes naturais com o passar do tempo ou dentes já tratados, pois somente quem possui dentes com necessidade de tratamento tem possibilidade de sentir dor de origem dentária. O tempo dedicado ao atendimento desses pacientes também foi menor, apesar de algumas queixas como problemas com próteses quebradas ou mal adaptadas, às vezes, demandarem muito tempo para o seu reparo.

Homens e mulheres que compareceram ao SUO-FOUSP foram classificados igualmente segundo os níveis de prioridade. Problemas que demandam por atendimento de urgência odontológica não fizeram distinção entre os sexos, apesar de a literatura mostrar que as mulheres comparecem mais aos serviços de saúde (Tortamano et al., 2006; Mazzilli, 2008). A categoria azul reunia a maioria dos pacientes que não tinham queixa de dor por isso estava relacionada com intensidade de dor mais baixas. Mas a dor é não é o único fator que determina a prioridade clínica, embora para os pacientes este seja o principal determinante (Manchester Triage Group, 2008). A dor e a sua intensidade são uma característica subjetiva que dependem muito da experiência pessoal.

A presença de outras alterações relatadas é importante para a classificação dos pacientes de acordo com os níveis do MTS, pois algumas delas estão relacionadas nos discriminadores, como febre e edema e levam a categorizações diferentes (Manchester Triage Group, 2008). Nos níveis de prioridade verde e azul elas se apresentaram em menor número do que nos níveis laranja e amarelo, níveis de maior gravidade que os primeiros. A presença do paciente no momento da triagem favorece a observação destas alterações por parte do profissional, o que

não ocorre nas triagens realizadas por telefone como nos estudos de Topping (2005), Horie et al. (2005), Smith et al. (2006) e Ball (2008).

As disciplinas que normalmente disponibilizam vagas para tratamento na Clínica Odontológica da FOUSP são: cirurgia, estomatologia clínica, Centro de Atendimento em Dentística e Endodontia (CADE-Trauma), clínica de trauma de dentes decíduos e endodontia. Alguns casos mais complexos podem ser encaminhados para o Hospital Universitário da USP e também para a Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico da Odontologia (Fundecto). Estas são as especialidades que atendem às necessidades mais comuns dos pacientes que relatam dor de dente e outros problemas relacionados. Os casos não-urgentes geralmente são pacientes com necessidade de tratamento de reabilitação odontológica em especialidades onde geralmente só há disponibilidade de vagas nas triagens organizadas pela coordenação de cada disciplina, semestralmente ou anualmente, sem possibilidades de encaminhamento a partir do SUO-FOUSP.

Há três possibilidades de resultados da alocação de paciente decorrente de uma classificação de prioridade clínica: decisão apropriada, supercategorização ou subcategorização. Na decisão apropriada, o paciente é classificado adequadamente, de acordo com sua condição. Na supercategorização, o nível de prioridade dado é maior do que o paciente necessita e na subcategorização, a classificação é mais baixa do que necessário. Os resultados de triagem realizada por enfermeiros mostram que a supercategorização é mais comum, triando os pacientes na direção correta. Uma categorização inadequada em qualquer direção (super ou subcategorização) pode influenciar na probabilidade de receber os cuidados no momento apropriado. Se a triagem é realizada com segurança e eficácia, a categorização do paciente não deveria ser dependente da pessoa que executa a triagem (Göransson et al., 2005).

Uma triagem de qualidade deve ser rápida o suficiente para avaliar o paciente direcionar o atendimento e garantir que os outros pacientes também sejam avaliados rapidamente, com duração de no máximo 5 minutos, segundo Soler et al. (2010). Entretanto alguns fatores podem influenciar no tempo gasto para fazer a triagem. Gerdtz e Bucknall (2001) destacam as situações em que o paciente não consegue relatar uma queixa específica e/ou tem dificuldades de comunicação. As entrevistas foram rápidas, com duração de 5 a 7 minutos, entretanto, muitos pacientes

contavam uma história da queixa bastante longa, aumentando o tempo gasto na entrevista.

O processo de triagem é dinâmico e aqueles que o realizam devem documentar a avaliação, avaliar as reais necessidades dos pacientes, encaminhar prioritariamente os pacientes mais graves, dar informações aos profissionais que vão realizar o atendimento, informar os pacientes e acompanhantes, reavaliar o paciente sempre que haja qualquer mudança na condição do paciente. São características bastante valorizadas pelos pacientes e acompanhantes: gentileza, preocupação em dar informações aos pacientes, que proporcionam um atendimento mais humanizado, preconizado pelo Humaniza SUS (Brasil, [2011]).

A utilização do MTS no SUO-FOUSP mostrou-se bastante promissora, com redução significativa do tempo de espera para atendimento e aumento no tempo dedicado ao atendimento de pacientes quando comparados com pacientes que não foram triados e classificados. Os pacientes com problemas não-urgentes, classificados como azul, eram mais velhos, relataram intensidade de dor menor e foi necessário menos tempo para realizar o atendimento. Pacientes com problemas mais urgentes, classificados como prioridade laranja e amarelo, puderam ser encaminhados dentro da própria instituição para continuidade do atendimento iniciado no SUO-FOUSP com maior frequência, quando comparados com os casos menos prioritários, verde e azul. Os níveis vermelho e azul, ou seja, situações envolvendo risco de vida e aquelas que aparentemente não ameaçam a vida foram mais facilmente identificadas e triadas do que os níveis intermediários.

7 CONCLUSÕES

A versão final na língua portuguesa de parte do instrumento de triagem de pacientes de emergência MTS para utilização em urgência odontológica foi realizada com êxito. A adaptação da versão tanto em termos de diferenças relativas ao idioma quanto das características das urgências odontológicas foi alcançada.

A avaliação da confiabilidade interobservadores, apesar de classificada como satisfatória e não alcançar o nível ideal desejado no início da pesquisa, pôde ser considerada adequada devido às dificuldades observadas no estudo.

A aplicação do MTS no SUO-FOUSP teve impacto positivo no atendimento de pacientes, com diminuição no tempo de espera e no aumento do tempo dedicado a resolução dos casos.

REFERÊNCIAS[1]

Anderson R. Patient expectations of emergency dental services: a qualitative interview study. Brit Dent J. 2004;197:331–4. doi:10.1038/sj.bdj.4811652.

Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. [2005] [Citado 07 out. 2011]. Disponível em http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation__ATS.pdf.

Ball GE. Out-of-hours emergency dental services in Scotland – a national model. Br Dent J 2008;205:485-7. DOI:10.1038/sj.bdj.2008.936

Brasil. Ministério da Saúde. O que é o Humaniza SUS. [2011] [Citado 11 out. 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342.

Canadian Association of Emergency Physicians. Canadian Triage and Acuity Scale. [2011] [Citado em 07 out. 2011]. Disponível em: http://caep.ca/resources/ctas#guidelines.

Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(50):892–8. doi: 10.3238/arztebl.2010.0892

Cooper TM, Lange, KW. Office management of urgent care patients. In: Falace DA. Emergency dental care – diagnosis and management of urgent dental problems. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 360-72.

Evans JD, Smith MP, Grant SMB, Crawford MA, Bond J. Out-of-hours emergency dental services – development of one possible local solution. Br Dent J. 2001; 191:550-4.

Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. J Emerg Nurs. 2005;31:39–50.

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

Gerdtz MF, Bucknall TK. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. J Adv Nur. 2001; 35(4):550-61.

Göransson K, Ehremberg A, Marklung B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. Scand J Caring Sci. 2005;19:432-8.
Guillemin F. Cross-cultural adaption and validation of health status measures Scan J Rheumatol. 1995;24:61-3.

Horie N, Shimoyama T, Hasegawa K, Kaneko T. Oral injuries in children: comparison of those children who visit and do not visit the after-hours clinic after telephone consultation. Dent Traumatol 2005;21:201–5.

Kahveci FO, Demircan A, Keles A, Bildik F, Aygencel SB. Efficacy of triage by paramedics: a real time comparison study. J Emerg Nurs. 2011 Jun 22. [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.jen.2011.03.004.

Manchester Triage Group. Emergency triage. 2nd ed. 2008. Oxford: BMJ Book. 178 p.

Mazzilli LEN. Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de odontologia; 2008.

McGrath C, Bedi R, Dhawan N. Factors influencing older people's self reported use of dental services in the UK. Gerodontology. 1999;16: 97–102. doi: 10.1111/j.1741-2358.1999.00097.x

McGuire S, Hoogenven J, Bacchia P, et al. The presenting complaints of low income adults for emergency dental care: na analysis of 35,000 episodes in Victoria, Australia. Community Dent Health. 2008;25:143-7. doi: 10.1922/CDH_2194Krueger05.

Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. Ann Emer Med. 2009;53:605-11. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.09.019

Murrel KL, OffermanSR, Kauffman MB. Applying lean: implementation of a rapid triage and treatment system. West J Emerg Med. 2011;12(2):184-91.

Smith K, Clark A, Dyson K, et al. Guided self diagnosis: an innovative approach to triage for emergency dental care. Austr Dent J. 2006;51(1):11-5.

Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33(Supl. 1):55-68.

Topping GVA. Out-of-hours emergency dental services – evaluation of the first year of a pilot project in Fife. Brit Dent J. 2005;198:193–7. doi: 10.1038/sj.bdj.4812080

Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsatti MA, et al. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. RPG Rev Pós Grad. 2006;13(4):299-306.

Vieira S. Introdução à bioestatística. 3a ed. Rio de Janeiro: Campus; 1998. 216 p.

Waldrop RD, Ho B, Reed S. Increasing frequency of dental patients in the urban ED. Am J Emerg Med. 2000;18(6):687-9.

Waltz CF, Srickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing research. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1991. Reliability and validity of criterion-referenced measures; p. 229-56.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes e/ou familiares/ responsáveis (Fase antes da aplicação do sistema)

Você é convidado para participar de uma pesquisa no Setor de Urgência da FOUSP (SUO-FOUSP). O titulo da pesquisa é: **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triage System" (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica** elaborada por Kazue Kanegane e pela Profª. Sibele Sarti Penha, da Disciplina de Clínica Integrada do Departamento de Estomatologia da FOUSP.

Os autores pretendem validar um instrumento que tem como objetivo classificar a prioridade clínica do paciente que procura por atendimento no SUO-FOUSP.

A participação neste estudo não lhe trará nenhum benefício pessoal. Porém, os resultados da pesquisa ajudarão a melhorar o atendimento aos pacientes.

Nesta fase da pesquisa é necessário que você seja avaliado no momento da sua chegada pela pesquisadora e que seu prontuário seja consultado para coleta de dados complementares. A participação no estudo não interferirá nos cuidados e atendimentos oferecidos pelo SUO-FOUSP.

Nenhum efeito colateral adverso está previsto neste estudo. Se você tiver qualquer dúvida, pode contatar a Profa. Sibele Sarti Penha, no SUO-FOUSP pessoalmente ou pelo telefone: 3091-8030.

Os registros de sua participação neste estudo são confidenciais, e tais registros são disponíveis somente para os pesquisadores. Os resultados deste estudo podem ser publicados em um periódico científico. Os registros estarão também à disposição do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FOUSP.

Consentimento pós-informação:

Li e compreendi a natureza, duração e finalidade do estudo, e por meio desta voluntariamente consinto em participar. Entendo que me será dada uma cópia deste consentimento informado. Tive a oportunidade de fazer perguntas concernentes a todos os aspectos deste assunto. Entendo que posso retirar-me do estudo a qualquer momento, por qualquer motivo, sem prejuízo.

São Paulo, de de 2010.

Assinatura do paciente ou responsável _____

Nome do paciente: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados (antes da aplicação do MTS)

A- Nome do paciente:_____ Nº _____
B- Idade: _____anos
C- Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
D- Hora de chegada: ____h____
E- Hora de entrada: ___h___

Avaliação do paciente:

F- Queixa principal e duração (quando e como começou, há quanto tempo apresenta os sinais/sintomas?)

_____

G- Avaliação da dor (localização, irradiação, espontânea ou provocada, contínua ou intermitente, fatores de alívio)

_____

_____

H- Escala de dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

I- Alterações encontradas na avaliação do paciente (coloração, alterações cutâneas, respiratórias, resposta emocional, etc):

_____

_____

J- Informações adicionais (alergias, uso de medicação, história médica e outras que julgar necessárias):

_____

_____

_____

_____

K- Procedimento realizado:

_____

_____

L- Destino do paciente:

_____

M- Hora de saída: ___h___

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido fase de validação semântica e idiomática entre a versão original e traduzida do “Manchester Triage System (MTS)” para urgência odontológica

Prezada Dra.,

Venho por meio desta convidá-la a participar desta pesquisa vinculada ao programa de Doutorado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

O objetivo deste trabalho é validar a parte do MTS relativa à classificação de pacientes com urgência odontológica. Devido às diferenças culturais, são necessárias adaptações, que seguem metodologia apropriada.

Este convite deve-se a sua experiência na área e sua participação é voluntária. Será avaliada a equivalência semântica e idiomática entre a versão original e a traduzida.

A equivalência semântica e idiomática refere-se à correspondência entre o significado das palavras e expressões equivalentes nos dois idiomas (inglês e português).

Sua participação será dividida em duas fases:

1- Análise das versões e proposição de sugestões para melhor equivalência dos itens.
2- Nova análise após a adequação dos itens discordantes entre os julgadores.

Instruções para análise do instrumento:

1- O texto negrito é a versão original em inglês.
2- O texto logo abaixo é a versão traduzida para o português.
3- Assinalar na escala de equivalência aquele que melhor expressa a sua opinião:
   -1: não equivalente; 0: indeciso; +1: equivalente

Caso assinalar -1 ou 0, por favor fazer os comentários pertinentes ao item no verso da folha.

Agradeço antecipadamente a sua disposição e dedicação em relação a este trabalho. Estou à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Atenciosamente,

Kazue Kanegane
e-mail: kanegane@usp.br

Assinatura do participante: Data: / /

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido fase de validação cultural e conceitual da versão original e traduzida do “Manchester Triage System (MTS)” para urgência odontológica

Prezado Dr.,

Venho por meio desta convidá-lo a participar desta pesquisa vinculada ao programa de Doutorado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

O objetivo deste trabalho é validar a parte do MTS relativa às urgências odontológicas. Devido às diferenças culturais, são necessárias adaptações, que seguem metodologia apropriada.

A escala foi desenvolvida em Manchester, Reino Unido, e é utilizada para classificar o paciente que procura atendimento de emergência. Em fase anterior, foi realizada a tradução da versão original e a validação da equivalência semântica entre as versões original e traduzida.

Este convite deve-se a sua experiência na área e sua participação é voluntária. Será avaliada a equivalência cultural e conceitual da versão em português. A equivalência cultural significa que as situações descritas devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural e a conceitual representa a coerência entre o conteúdo e o nível proposto de classificação.

Sua participação será dividida em duas fases:

1- Análise das versões e proposição de sugestões para melhor equivalência dos itens.
2- Nova análise após a adequação dos itens discordantes entre os julgadores.

Instruções para análise do instrumento:

1- O texto é a versão traduzida para o português e abaixo de cada nível de classificação haverá descrição dos sinais, sintomas ou situações que poderão ser encontrados.
2- Assinalar na escala de equivalência aquele que melhor expressa a sua opinião:
   -1: não equivalente; 0: indeciso; +1: equivalente

Caso assinalar -1 ou 0, por favor fazer os comentários pertinentes ao item no verso da folha.

Agradeço antecipadamente a sua disposição e dedicação em relação a este trabalho. Estou à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Atenciosamente,

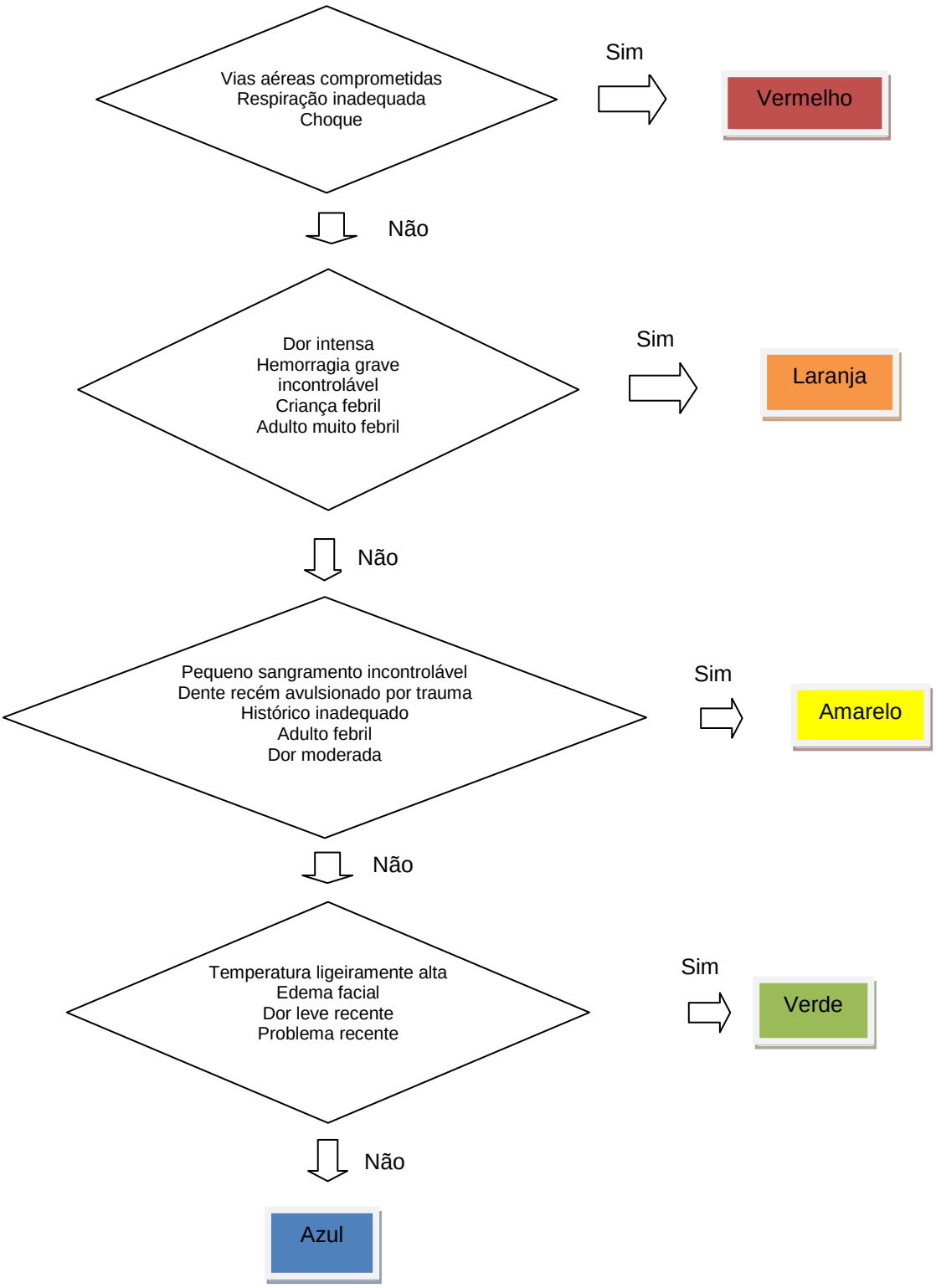
Kazue Kanegane

Assinatura do participante: Data: / /

APÊNDICE E - Manchester Triage System traduzido versão final

Fluxograma de apresentação

Problemas dentários

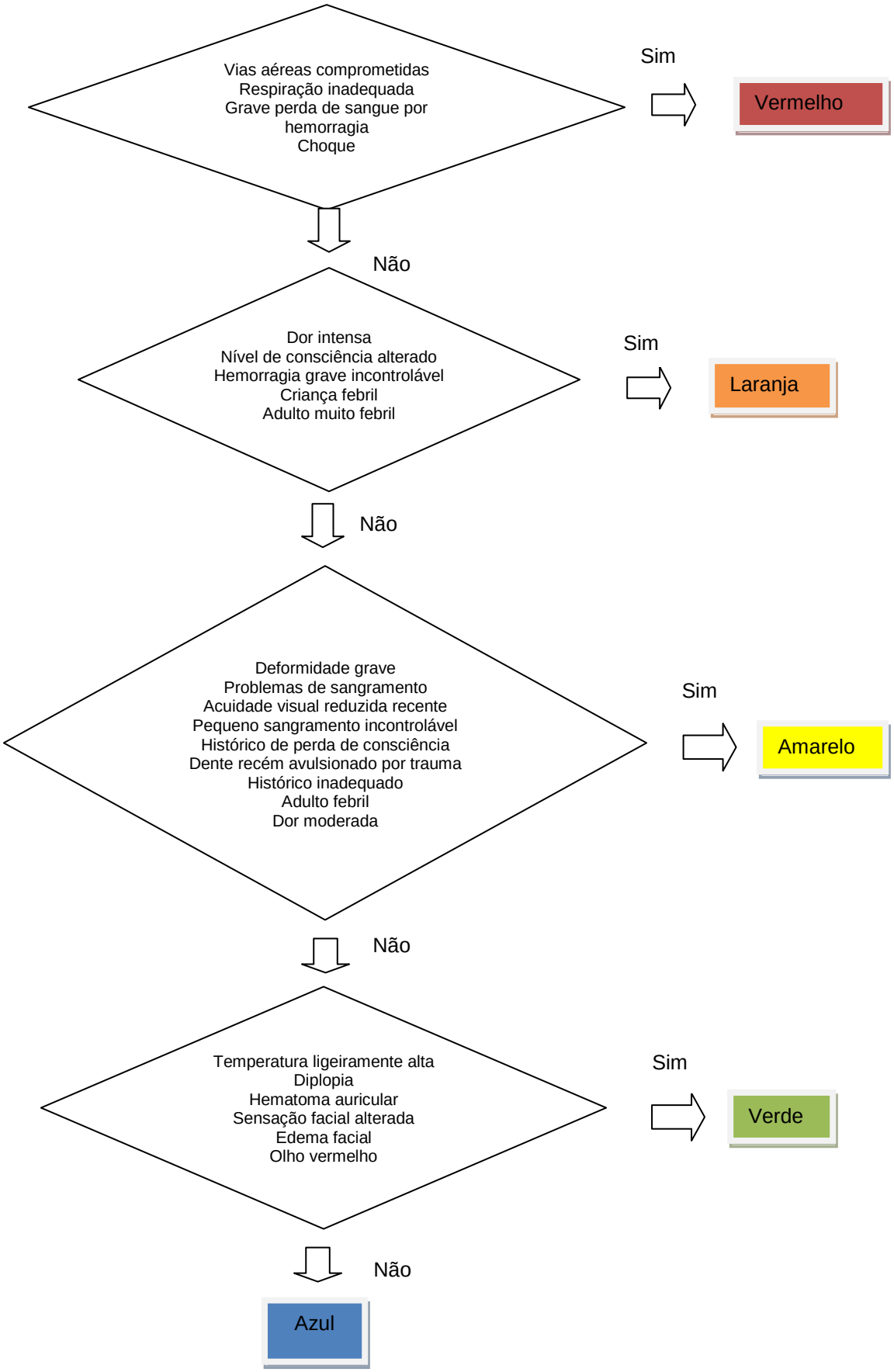


Observações que acompanham o fluxograma de Problemas Dentários

Veja também	**Observações do fluxograma**
Problemas faciais	Este é um fluxograma de apresentação elaborado para permitir a classificação precisa de prioridade de pacientes com problemas que afetam os dentes ou as gengivas. Diversos discriminadores gerais foram usados, incluindo Ameaça à Vida, Dor, Hemorragia e Temperatura. A avulsão traumática recente de um dente pode ser incluída na categoria muito urgente (LARANJA) já que a velocidade da reimplantação afeta o resultado (atè 1 hora após a avulsão). É importante garantir que ideias preconcebidas sobre a disposição não afetam a triagem precisa de pacientes com estes sintomas.
Discriminadores específicos	**Explicação**
Dente recém avulsionado por trauma	Um dente que foi avulsionado intato dentro das últimas 24 horas
Histórico inadequado	Quando o histórico (história) fornecido não explica os sintomas físicos é considerado inadequado. Isto é importante já que pode ser um possível indicador de ferimento não acidental em crianças e adultos vulneráveis e pode ser uma indicação de abuso.
Edema facial	Edema no rosto, que pode ser localizado ou difuso.

Fluxograma de apresentação

Problemas faciais



Notas que acompanham o fluxograma de Problemas Faciais

Veja também	**Observações do fluxograma**
Problemas dentais, problemas auditivos, problemas visuais, ferimentos na cabeça	Este é um novo fluxograma de apresentação que substitui o fluxograma de problemas nasais. Foi elaborado para permitir a classificação de prioridade precisa de pacientes com problemas que afetam a face. Diversos discriminadores gerais foram usados, incluindo Ameaça à Vida, Hemorragia e Dor.
Discriminadores específicos	**Explicação**
Deformidade grave	Isto sempre será subjetivo. Angulação ou rotação severa e anormal está implícita.
Problemas de sangramento	Problemas de sangramento congênitos ou adquiridos.
Acuidade visual reduzida recente	Qualquer redução na acuidade visual nos últimos sete dias.
Histórico de perda de consciência	Pode haver uma testemunha confiável que pode afirmar se o paciente esteve inconsciente (e por quanto tempo). Se não, um paciente que não consegue se lembrar do incidente pode ser considerado como tendo perdido a consciência.
Dente recém avulsionado por trauma	Um dente que foi avulsionado intato dentro das últimas 24 horas
Histórico inadequado	Quando o histórico (história) fornecido não explica os sintomas físicos é considerado inadequado. Isto é importante já que pode ser um indicador de ferimento não acidental em crianças e adultos vulneráveis e pode ser uma indicação de abuso.
Diplopia	Visão dupla que se resolve quando um olho está fechado.
Hematoma auricular	Um hematoma tenso (geralmente pós-traumático) no ouvido externo.
Sensação facial alterada	Qualquer alteração da sensação na face.
Edema facial	Edema no rosto, que pode ser localizado ou difuso.
Olho vermelho	Qualquer vermelhidão nos olhos. Um olho vermelho pode estar dolorido ou não, e pode ser completo ou parcial.

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido para voluntários no campo de estudo

Você é convidado a participar de uma pesquisa no Setor de Urgência da FOUSP (SUO-FOUSP). O titulo da pesquisa é: **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triage System" (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica** elaborada por Kazue Kanegane e pela Profª. Sibele Sarti Penha, da Disciplina de Clínica Integrada do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da USP.

Os autores pretendem validar o sistema de triagem, sendo que a sua participação se dará na etapa de confiabilidade interobservadores, em que será avaliada a concordância entre a sua observação e a feita pela pesquisadora.

A participação neste estudo não lhe trará nenhum benefício pessoal. Porém, os resultados da pesquisa ajudarão a melhorar o atendimento aos pacientes.

Serão fornecidos o material sobre o sistema, explicação da finalidade da mesma e treinamento para utilizá-lo. A coleta de dados será feita simultaneamente por você e pela pesquisadora, de forma independente em data e horários acordados por ambas as partes.

Nenhum efeito colateral adverso está previsto neste estudo. Se você tiver qualquer dúvida, pode contatar a Profa. Sibele Sarti Penha, no SUO-FOUSP pessoalmente ou pelo telefone: 3091-8030.

Os registros de sua participação neste estudo são confidenciais, e tais registros são disponíveis somente para os pesquisadores. Os resultados deste estudo podem ser publicados em um periódico científico. Os registros estarão também à disposição do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Odontologia da USP.

Consentimento pós-informação:

Li e compreendi a natureza, duração e finalidade do estudo, e por meio desta voluntariamente consinto em participar. Entendo que me será dada uma cópia deste consentimento informado. Tive a oportunidade de fazer perguntas concernentes a todos os aspectos deste assunto. Entendo que posso retirar-me do estudo a qualquer momento, por qualquer motivo, sem prejuízo.

São Paulo, de de 2010.

Assinatura do aluno voluntário _____

Nome do aluno voluntário _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes e/ou familiares/ responsáveis (Fase de avaliação interobservadores)

Você é convidado para participar de uma pesquisa no Setor de Urgência da FOUSP (SUO-FOUSP). O titulo da pesquisa é: **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triage System" (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica** elaborada por Kazue Kanegane e pela Profª. Sibele Sarti Penha, da Disciplina de Clínica Integrada do Departamento de Estomatologia da FOUSP.

Os autores pretendem validar um instrumento que tem como objetivo classificar a prioridade clínica do paciente que procura por atendimento no SUO-FOUSP.

A participação neste estudo não lhe trará nenhum benefício pessoal. Porém, os resultados da pesquisa ajudarão a melhorar o atendimento aos pacientes.

Nesta fase da pesquisa é necessário que, após a avaliação de um primeiro avaliador no momento da chegada, você seja avaliado novamente pela pesquisadora, para avaliar o grau de concordância entre o primeiro e a pesquisadora. A participação no estudo não interferirá nos cuidados e atendimentos oferecidos pelo SUO-FOUSP.

Nenhum efeito colateral adverso está previsto neste estudo. Se você tiver qualquer dúvida, pode contatar a Profa. Sibele Sarti Penha, no SUO-FOUSP pessoalmente ou pelo telefone: 3091-8030.

Os registros de sua participação neste estudo são confidenciais, e tais registros são disponíveis somente para os pesquisadores. Os resultados deste estudo podem ser publicados em um periódico científico. Os registros estarão também à disposição do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FOUSP.

Consentimento pós-informação:

Li e compreendi a natureza, duração e finalidade do estudo, e por meio desta voluntariamente consinto em participar. Entendo que me será dada uma cópia deste consentimento informado. Tive a oportunidade de fazer perguntas concernentes a todos os aspectos deste assunto. Entendo que posso retirar-me do estudo a qualquer momento, por qualquer motivo, sem prejuízo.

São Paulo, de de 2010.

Assinatura do paciente ou responsável _____

Nome do paciente: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE H - Instrumento para coleta de dados (Fase de avaliação interobservadores)

Identificação:

A- Nome do paciente:_____ Nº _____

B- Idade: _____anos

C- Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

D- Hora de avaliação: ____h____

E- Hora de entrada: ___h___

Avaliação do paciente:

F- Queixa principal e duração (quando e como começou, há quanto tempo apresenta os sinais/sintomas?)

_____

G- Avaliação da dor (localização, irradiação, espontânea ou provocada, contínua ou intermitente, fatores de alívio)

_____

_____

H- Escala de dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

I- Alterações encontradas na avaliação do paciente (coloração, alterações cutâneas, respiratórias, resposta emocional, etc):

_____

_____

J- Classificação segundo o sistema de prioridade clínica MTS adaptado:

Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul

K- Informações adicionais (alergias, uso de medicação, história médica e outras que julgar necessárias):

_____

_____

APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes e/ou familiares/responsáveis (Fase de aplicação do sistema)

Você é convidado para participar de uma pesquisa no Setor de Urgência da FOUSP (SUO-FOUSP). O titulo da pesquisa é: **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triage System" (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica** elaborado por Kazue Kanegane e pela Profª. Sibele Sarti Penha, Disciplina de Clínica Integrada do Departamento de Estomatologia da FOUSP.

Os autores pretendem validar um instrumento que tem como objetivo classificar a prioridade clínica do paciente que procura por atendimento no SUO-FOUSP.

A participação neste estudo não lhe trará nenhum benefício pessoal. Porém, os resultados da pesquisa ajudarão a melhorar o atendimento aos pacientes.

Nesta fase da pesquisa é necessário que você seja avaliado no momento da sua chegada pela pesquisadora e que seu prontuário seja consultado para coleta de dados complementares. A participação no estudo não interferirá nos cuidados e atendimentos oferecidos pelo SUO-FOUSP.

Nenhum efeito colateral adverso está previsto neste estudo. Se você tiver qualquer dúvida, pode contatar a Profa. Sibele Sarti Penha, no SUO-FOUSP pessoalmente ou pelo telefone: 3091-8030.

Os registros de sua participação neste estudo são confidenciais, e tais registros são disponíveis somente para os pesquisadores. Os resultados deste estudo podem ser publicados em um periódico científico. Os registros estarão também à disposição do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FOUSP.

Consentimento pós-informação:

Li e compreendi a natureza, duração e finalidade do estudo, e por meio desta voluntariamente consinto em participar. Entendo que me será dada uma cópia deste consentimento informado. Tive a oportunidade de fazer perguntas concernentes a todos os aspectos deste assunto. Entendo que posso retirar-me do estudo a qualquer momento, por qualquer motivo, sem prejuízo.

São Paulo, de de 2011.

Assinatura do paciente ou responsável _____

Nome do paciente: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE J - Instrumento para coleta de dados (Fase de aplicação do sistema)

A Nome do paciente:_____ Nº _____

B Idade: _____anos

C Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

D Hora de avaliação: ____h____

E Hora de entrada: ___h___

Avaliação do paciente:

F Queixa principal e duração (quando e como começou, há quanto tempo apresenta os sinais/sintomas?)

_____

G Avaliação da dor (localização, irradiação, espontânea ou provocada, contínua ou intermitente, fatores de alívio)

_____

H Escala de dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

I Alterações encontradas na avaliação do paciente (coloração, alterações cutâneas, respiratórias, resposta emocional, etc):

_____

J Classificação segundo o sistema de prioridade clínica MTS adaptado:

Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul

K Informações adicionais (alergias, uso de medicação, história médica e outras que julgar necessárias):

_____

L Procedimento realizado:

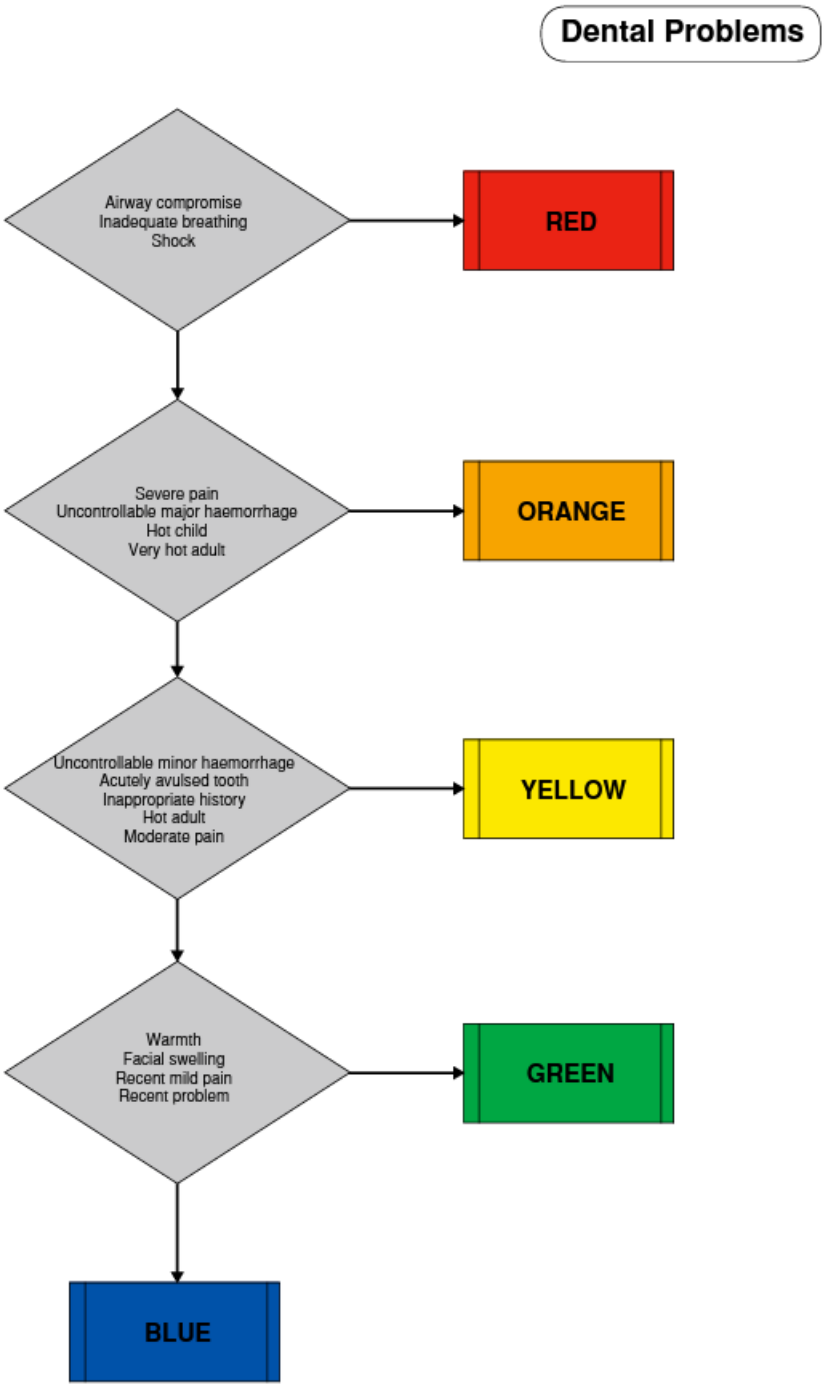
_____

M Destino do paciente:

_____

N Hora de saída: ___h___

ANEXO A - Manchester Triage System - Presentational flow chart for dental problems

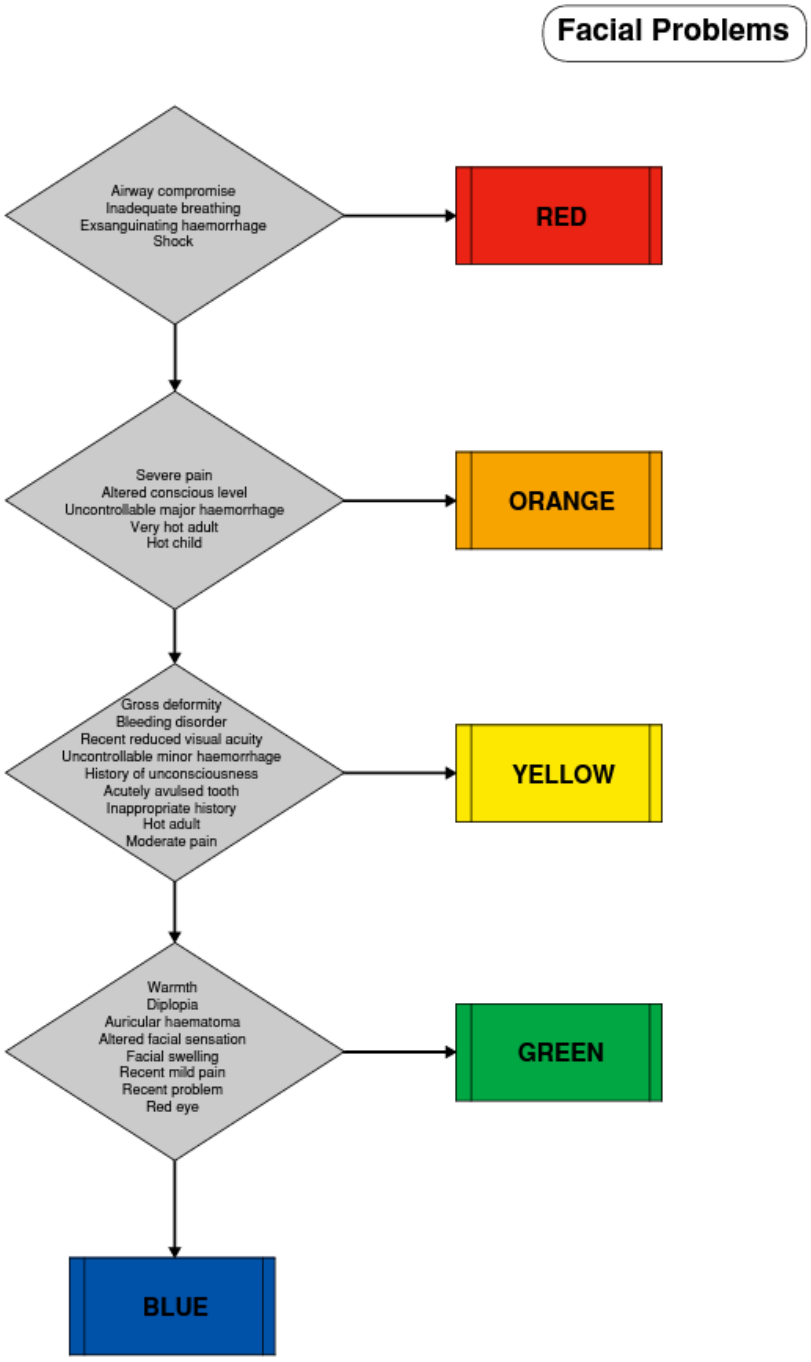


Notes Accompanying Dental Problems

See also	Chart notes
Facial problems	This is a presentation defined flow diagram designed to allow accurate prioritisation of patients presenting problems affecting the teeth or gums. A number of general discriminators have been used including *Life Threat, Pain, Haemorrhage and Temperature*. Acute avulsion of a tooth has been included in the very urgent (ORANGE) category since speed of reimplantation affects outcome. It is important to ensure that preconceptions about disposal do not affect accurate triage of patients with these presentations.

Specific discriminators	Explanation
Acutely avulsed tooth	A tooth that has been avulsed intact within the previous 24 hours
Inappropriate history	When the history (story) given does not explain the physical findings it is termed inappropriate. This is important as it is a marker of non-accidental injury in vulnerable children and adults and may be the sentinel for abuse.
Facial swelling	Swelling around the face which may be localized or diffuse.

ANEXO B - Machester Triage System - Presentational flow chart for facial problems



Notes Accompanying Facial Problems

See also	Chart notes
Dental problems, ear problems, eye problems head injury	This is a new presentation defined flow diagram which supersed the nasal problem chart. It has been designed to allow accurate prioritization of patients attending with problems affecting the face. A number of general discriminators have been used including *Life Threat, Haemorrhage and Pain*.

Specific discriminators	Explanation
Gross deformity	This will always be subjective. Gross and abnormal angulation or rotation is implied.
Bleeding disorder	Congenital or acquired bleeding disorder.
Recent reduced visual acuity	Any reduction in corrected visual acuity within the past 7 days
History of unconsciousness	There may be a reliable witness who can state whether the patient was unconscious (and for how long). If not a patient who is unable to remember the incident should be assumed to have been unconscious.
Acutely avulsed tooth	A tooth that has been avulsed intact within the previous 24 hours
Inappropriate history	When the history (story) given does not explain the physical findings it is termed inappropriate. This is important as it is a marker of non-accidental injury in vulnerable children and adults and may be the sentinel for abuse.
Diplopia	Double vision which resolves when one eye is closed.
Auricular haematoma	A tense haematoma (usually post traumatic) in the outer ear.
Altered facial sensation	Any alteration of sensation on the face.
Facial swelling	Swelling around the face which may be localized or diffuse.
Red eye	Any redness to the eye. A red eye may be painful or painless and may be complete or partial.

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética

Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia

Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR 300280
Protocolo 163/2009

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **"Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triage System" (MTS) e adaptação para o Setor de Urgência Odontológica",** de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Kazue Kanegane, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a.) Sibele Sarti Penha.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 08 de dezembro de 2009.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP