

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



*À minha família,
Ao Pedro e ao Diogo.
Aos meus pais, Manuel e Luísa.*

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor mas lutamos para que o melhor fosse feito... Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus não somos o que éramos.”

Martin Luther King

Agradecimentos

A elaboração deste relatório só foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas. Gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular.

Em primeiro lugar, à minha orientadora de Mestrado, Professora Doutora Madalena Jesus Cunha, por toda a dedicação e ajuda que me deu neste processo de aprendizagem, pela motivação transmitida. Sem ela não teria chegado a bom porto.

Ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, pela sua disponibilidade, pelo seu contributo inestimável no tratamento estatístico e interpretação dos resultados, pela atenção com que sempre me recebeu e ajudou a superar as dificuldades.

O meu agradecimento à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCISE) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), instituição que se constitui como unidade de acolhimento do Projeto de Investigação “*Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta*” (Código de Referência/Identificação: PROJ/UniCISE /2017/0001), no qual este estudo se integra.

Aos profissionais do serviço de urgência da instituição selecionada como participante, que colaboraram na colheita de dados, sem eles este estudo não seria possível.

Aos meus pais, meu porto de abrigo. Vocês amam-me porque sou vossa filha, é um facto inalterável. Nos momentos de sucesso, isso pode parecer irrelevante, contudo, nos momentos de aflição, oferecem-me sempre conforto e transmitem-me segurança, dois ingredientes que não se encontram noutro lugar.

À minha irmã Onélia, pela amizade, pelas sábias palavras, pelo apoio incessante, pela paciência...a ti devo parte desta meta alcançada.

Ao Pedro pela paciência, compreensão, apoio e incentivo.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que alcançasse este objetivo.

A todos o meu muito obrigada!

RESUMO

Enquadramento: O atendimento prioritário de clientes mais graves nas instituições hospitalares justifica implementar sistemas de triagem, como o Sistema de Triagem de Manchester objetiva identificar as pessoas que apresentam condições mais urgentes e com maior risco de óbito, assegurando uma assistência clínica adequada, num menor tempo de espera.

Objetivo: Avaliar o tempo médio de permanência das pessoas que faleceram no serviço de urgência, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal.

Metodologia: Estudo descritivo de natureza quantitativa e de coorte retrospectivo, envolvendo uma amostra de 250 pessoas que após admissão vieram a falecer no Serviço de Urgência de um centro hospitalar da região centro do país, durante o ano de 2017. A amostra de participantes é maioritariamente do género feminino (54,4%), com uma média de idades de 80,16 anos ($\pm 13,50$ anos). O estudo é parte integrante do Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, autorizado pelo Conselho de Administração e com parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição selecionada como participante.

Resultados: A maioria deu entrada no serviço de urgência via INEM (76,4%), no mês de janeiro (14,8%) e à segunda-feira (18,0%). O fluxograma mais prevalente foi o de dispneia (46,8%), a prioridade clínica foi classificada de muito urgente na maioria dos casos (46,2%) e em 56,2% dos clientes, foram avaliados os sinais vitais durante a triagem. Na maioria das pessoas falecidas a saturação de oxigénio é muito baixa (sem oxigenoterapia 64,6% vs. com oxigenoterapia 79,2%); 71,1% apresentavam frequência cardíaca normal; 56,9% pressão arterial normal, 70,1% estavam em coma, 82,4% tinham valores de glicemia normais, 76,4% temperatura normal e 66,7% dor de intensidade moderada. Na grande maioria dos casos (71,6%), a PCR ocorreu em contexto intra-hospitalar. Após a PCR, maior expressividade para o ritmo não desfibrilável (89,7%). Em 55,6% das pessoas foram efetuados cuidados paliativos/medidas de conforto/ordem de não reanimação. Em 26,0% dos casos foram realizadas manobras de suporte básico de vida/suporte avançado de vida no pré-hospitalar com o óbito declarado à chegada. A maioria das pessoas realizou exames complementares de diagnóstico 54,8% análises sanguíneas, 50,0% gasimetria, 50,8% exames de imagem, 29,2% ECG de 12 variações e 62,0% administração de terapêutica.

O maior número de óbitos registou-se à segunda-feira (21,2%), no mês de janeiro (14,8%), sendo prevaletentes os casos clínicos de “doença aguda” (69,2%) e como principal causa “doenças do aparelho respiratório” (32,4%). No global da amostra, o tempo médio de permanência no serviço de urgência foi de 289,99 minutos, associando-se significativamente com: hora de admissão ($p=0,017$); tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica ($p=0,000$); discriminador: dor moderada ($p=0,000$); tipo de prioridade ($p=0,000$); frequência cardíaca ($p=0,000$); Índice de reatividade de Glasgow ($p=0,000$); PCR (pré ou intra-hospitalar) ($p=0,000$); manobras de RCR ($p=0,000$); primeiro ritmo detetado após PCR ($p=0,000$).

Nas pessoas classificadas com prioridade emergente, a maioria (40,8%) teve um tempo de espera de 0-10 minutos entre a triagem e a primeira avaliação médica; no grupo com classificação muito urgente sobressaíram os falecidos com 1-10 minutos entre a triagem e a primeira avaliação médica (36,2%), com 33,6% de tempo de espera entre os 11-30 minutos e também com prioridade muito urgente. Nos falecidos com classificação urgente, o percentual mais expressivo (17,2%) corresponde aos que tiveram um tempo de espera até à primeira avaliação médica de 11-30 minutos. Maior percentagem de pessoas admitidas no serviço de urgência entre as 8h-13h 59min. (40,4%), com um tempo de permanência mais preponderante de ≥ 361 minutos (30,8%).

Conclusão: As pessoas admitidas no período noturno (00h00-07h59), com tempo de espera pela primeira avaliação médica ≥ 61 minutos, com dor, com índice de reatividade de Glasgow (estupor), PCR ocorrida no intra hospitalar e com ritmo desfibrilável apresentam maior tempo de permanência/menor tempo de vida no episódio de ida à urgência pelo que estas variáveis devem ser consideradas na avaliação prioritária dos clientes que recorrem ao serviço de urgência. As variáveis preditoras do tempo de permanência e no serviço de urgência foram a idade, o tempo decorrido desde a admissão até à triagem, o tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica, a pressão arterial sistólica e o Índice de reatividade de Glasgow.

Palavras-chave: Serviço de Urgência; Tempo de permanência; Prioridade Clínica; Óbito.

ABSTRACT

Context: Priority care for more serious clients in hospital institutions justifies the implementation of screening systems, such as the Manchester Triage Scale, to identify people who present more urgent conditions with a higher risk of death, ensuring adequate clinical care in a shorter time waiting period.

Objective: Evaluate the average length of stay of people who died in the emergency service, in a Hospital Center in central Portugal.

Methods: A descriptive quantitative and retrospective cohort study involving a sample of 250 people who, after admission, died in the Emergency Service of a hospital in the central region of the country during the year 2017. The sample of participants is mostly (54.4%) composed of females, with a mean age of 80.16 years (\pm 13.50 years). The study is an integral part of the research project "Evidências para Não arriscar Vidas: do pré hospitalar ao serviço de urgência e à alta", authorized by the Board of Directors and with a favorable judgement of the Ethics Committee for Health of the institution selected as a participant.

Results: Most entered the emergency department via INEM (76.4%), in January (14.8%) and on Monday (18.0%). The most prevalent flowchart was dyspnea (46.8%), clinical priority was classified as very urgent in most cases (46.2%) and in 56.2% of clients, vital signs were evaluated during screening. In most of the deceased people the oxygen saturation is very low (without oxygen therapy 64.6% vs. with oxygen therapy 79.2%); 71.1% had normal heart rate; 56.9% normal blood pressure, 70.1% were in coma, 82.4% had normal glycemia values, 76.4% normal temperature and 66.7% moderate intensity pain. In the vast majority of cases (71.6%), Cardiac Arrest occurred in an in-hospital setting. After Cardiac Arrest, greater expressiveness for the non defibrillable rhythm (89.7%). In 55.6% of the people, palliative care / comfort measures / non-resuscitation orders were performed. In 26.0% of the cases, basic life support / advanced life support maneuvers were performed in the prehospital with the death declared on arrival. Most people performed complementary diagnostic tests, 54.8% blood tests, 50.0% gasimetry, 50.8% imaging exams, 29.2% ECG of 12 variations and 62.0% administration of therapeutics. The highest number of deaths occurred on Monday (21.2%), in January (14.8%), and the clinical cases of "acute disease" (69.2%) were prevalent and "Diseases of the respiratory system" (32.4%) as the main cause.

In the sample, the mean length of stay in the emergency department was 289.99 minutes, which was significantly associated with: time of admission ($p = 0.017$); time between screening and the first medical evaluation ($p = 0.000$); discriminator: moderate pain ($p = 0.000$); priority type ($p = 0.000$); heart rate ($p = 0.000$); Glasgow reactivity index ($p = 0.000$); Cardiac Arrest (pre or in-hospital) ($p = 0.000$); CPR maneuvers ($p = 0.000$); heart rate detected after Cardiac Arrest ($p = 0.000$). Among those classified as having emergent priority, the majority (40.8%) had a waiting time of 0-10 minutes between the screening and the first medical evaluation; in the group with very urgent classification, the patients with 1-10 minutes were between the screening and the first medical evaluation (36.2%), with 33.6% waiting time between 11-30 minutes and also with very urgent priority. In those who died with urgent classification, the most expressive percentage (17.2%) corresponded to those who had a waiting time until the first medical evaluation of 11-30 minutes. Highest percentage of people admitted to the emergency service between 8h-13h 59min. (40.4%), with a longer residence time of ≥ 361 minutes (30.8%).

Conclusion: Patients admitted during the night (00h00-07h59), with waiting time for the first medical evaluation ≥ 61 minutes, with pain, Glasgow reactivity (stupor), Cardiac Arrest in-hospital and defibrillating rhythm permanence / longer life in the episode of urgency so these variables should be considered in the priority evaluation of clients who use the emergency service. The predictors of length of stay and urgency were age, time elapsed from admission to screening, time elapsed between screening and first medical evaluation, systolic blood pressure and Glasgow reactivity index.

Keywords: Emergency Department; Length of stay; Clinical Priority; Death

Sumário

	Pág.
Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	29
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	31
1 - Serviço de Urgência e Enfermagem de Urgência.....	33
2 - Perfil sociodemográfico e clínico dos clientes que faleceram no serviço/departamento de urgência e emergência.....	37
2ª PARTE – Enquadramento Metodológico	41
3 - Métodos	43
3.1 - Participantes.....	46
3.1.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	46
3.2 - Instrumento de recolha de dados	48
3.2.1 - Critérios de operacionalização das variáveis	49
3.3 - Considerações Éticas e integridade da investigação.....	61
3.4 - Análise de dados.....	61
4 - Resultados	63
5 – Discussão dos Resultados	95
6 - Conclusões	103
Referências Bibliográficas	105
ANEXOS	113
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da instituição selecionada como participante.....	115
Anexo 2 – Grelha de Recolha de Dados.	119

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas	45
Figura 2 - Tempos alvos previstos de atendimento, para 5 cores da Triagem de Manchester .	53
Figura 3 – Régua da dor	57
Figura 4 - Avaliação da dor na triagem	58
Figura 5 - Representação esquemática da relação entre as variáveis de contexto, variáveis clínicas e variáveis de saúde e o tempo de permanência das pessoas que faleceram no SU ...	89

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas da idade em função do género	46
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	47
Tabela 3 - Potenciais anos de vida perdidos em função do género	48
Tabela 4 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas	49
Tabela 5 - Operacionalização das variáveis de contexto	50
Tabela 6 - Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester	50
Tabela 7 - Discriminadores gerais do Sistema de Triagem de Manchester	52
Tabela 8 - Operacionalização das variáveis de clínicas	54
Tabela 9 - Classificação dos valores de temperatura no adulto	55
Tabela 10 - Classificação dos valores de pressão arterial	56
Tabela 11 - Classificação dos valores de glicemia	58
Tabela 12 - Índice de reatividade de Glasgow	59
Tabela 13 - Operacionalização das variáveis de saúde	59
Tabela 14 - Operacionalização das características dos antecedentes pessoais	60
Tabela 15 - Admissão das pessoas que recorreram ao SU em função dos meses do ano de 2017	63
Tabela 16 - Admissão no SU em função do dia da semana	63
Tabela 17 - Origem e tipo de episódio da pessoa admitida no serviço de urgência/emergência	64
Tabela 18 - Variáveis clínicas em função do género	65
Tabela 19 - Estatísticas relativas ao tempo que medeia entre a admissão e a triagem em função do género	66
Tabela 20 - Estatísticas relativas ao tempo que medeia entre a triagem e a primeira avaliação médica em função do género	66
Tabela 21 - Variáveis clínicas em função do género	67
Tabela 22 - Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica <i>versus</i> prioridade clínica	68

Tabela 23 - Estatísticas relativas ao tempo de permanência no serviço de urgência em função do gênero	69
Tabela 24 - Tempo de permanência no serviço de urgência em função do gênero	69
Tabela 25 - Primeira especialidade de avaliação	69
Tabela 26 - Estatísticas relativas aos valores saturação periférica de O ₂ sem oxigenoterapia em função do gênero	70
Tabela 27 - Estatísticas relativas aos valores de saturação periférica de O ₂ com oxigenoterapia em função do gênero	70
Tabela 28 - Estatísticas relativas aos valores de frequência cardíaca em função do gênero ...	71
Tabela 29 - Estatísticas relativas aos valores de pressão arterial sistólica em função do gênero	71
Tabela 30 - Estatísticas relativas aos valores de pressão arterial diastólica em função do gênero	72
Tabela 31 - Estatísticas relativas ao Índice de reatividade de Glasgow em função do gênero	72
Tabela 32 - Estatísticas relativas aos valores da glicemia em função do gênero	73
Tabela 33 - Estatísticas relativas aos valores da temperatura em função do gênero	73
Tabela 34 - Estatísticas relativas à dor em função do gênero	74
Tabela 35 - Variáveis de saúde em função do gênero	75
Tabela 36 - Variáveis clínicas em função do gênero	77
Tabela 37 - Variáveis de contexto em função do gênero	78
Tabela 38 - Causas de óbito em função do gênero	79
Tabela 39 - Causas de óbito em função da idade	79
Tabela 40 - Estatísticas relativas à terapêutica (nº de medicamentos) efetuados no domicílio em função do gênero	80
Tabela 41 - Características dos antecedentes pessoais em função do gênero	81
Tabela 42 - Relação entre o tempo de permanência no SU e o gênero	82
Tabela 43 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a idade	82
Tabela 44 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a hora de admissão no serviço de urgência	82
Tabela 45 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU vs. tempo entre a admissão e a triagem	83
Tabela 46 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU vs. tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica	83

Tabela 47 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e o fluxograma ..	84
Tabela 48 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e o discriminador	84
Tabela 49 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a prioridade clínica atribuída	85
Tabela 50 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a frequência cardíaca	85
Tabela 51 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a temperatura ..	85
Tabela 52 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a pressão arterial	86
Tabela 53 - Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e a dor	86
Tabela 54 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e saturação periférica de O ₂ sem oxigenoterapia	86
Tabela 55 - Teste de U de Mann-Whitney o tempo de permanência no SU e saturação periférica de O ₂ com oxigenoterapia	87
Tabela 56 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e o índice de reatividades de Glasgow	87
Tabela 57 - Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e glicemia .	88
Tabela 58 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e manobras de RCR	88
Tabela 59 - Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e PCR pré/intra-hospitalar	88
Tabela 60 - Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e o primeiro ritmo detetado, após PCR	89
Tabela 61 - Correlações de Pearson entre o tempo de permanência no SU a idade, tempo de espera até à triagem e tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica	90
Tabela 62 - Análise de regressão múltipla entre o tempo de permanência no SU a idade, tempo decorrido desde a admissão até à triagem e tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica	91
Tabela 63 - Correlações de Pearson entre o tempo de permanência no SU a pressão arterial sistólica	92
Tabela 64 - Análise de regressão múltipla entre o tempo de permanência no SU a pressão arterial sistólica	92

Tabela 65 - Correlações de Pearson entre o tempo de permanência no SU o Índice de reatividade de Glasgow	93
Tabela 66 - Análise de regressão múltipla entre o tempo de permanência no SU o Índice de reatividade de Glasgow	94

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADSE - Instituto de Proteção e Assistência na Doença.

Cf. - conforme.

CID - Classificação Internacional de Doenças.

cit. - Citado.

CV - Coeficiente de variação.

DGS - Direção Geral da Saúde.

DM - Diabetes *Mellitus*.

Dp - Desvio-padrão.

ECG – Eletrocardiograma.

ECGlasgow - Escala de Coma de Glasgow.

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu.

et al. - e outros.

FC - Frequência cardíaca.

Fem. - Feminino.

FR – Frequência Respiratória.

FRCV - Fatores de risco cardiovascular.

h - hora

HTA - Hipertensão Arterial.

IC – Intervalo de Confiança.

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica.

K/erro - Kurtosis/error (Curtose).

K-W - Teste de Kruskal-Wallis.

Máx. - Máximo.

Masc. - Masculino.

Min. - Mínimo.

n - Frequência absoluta.

Nº / nº - Número.

OM - Ordenação média.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONR - Ordem de não reanimação.

OR – Odds Ratio.

O₂ - Oxigênio.

p – Nível de significância.

p. - página.

PCR - Paragem cardiorrespiratória.

R² - Coeficiente de determinação.

SAV - Suporte Avançado de Vida.

SBV - Suporte Básico de Vida.

Sk/erro - Skewness/error (assimetria).

SNS - Serviço Nacional de Saúde.

SU - Serviço de Urgência.

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System.

UM-W – Teste U de Mann-Whitney.

vs. - *versus*.

VV - Via Verde.

VV AVC - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral.

Lista de Símbolos

% - percentagem

< - menor que

≤ - menor ou igual

= - igual

> - maior que

≥ - maior ou igual

x² - Qui-quadrado

X - Média

Introdução

A elevada procura do Serviço de Urgência (SU) e resultante permanência dos clientes em repetidas admissões reverte-se numa situação complexa para os enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço (Valera & Turrini, 2008, p. 87). As mesmas autoras referem que, em termos práticos, os serviços de urgência atuam no atendimento de suporte à vida e no alívio de sinais e sintomas, de acordo com os necessários encaminhamentos para cada complexidade de atendimento. Azevedo, Pereira, Lemos, Coelho e Chaves (2010, s.p.), apresentam como finalidades dos Serviços de Urgência oferecer um atendimento imediato e de bom padrão aos clientes. Uma agravante do serviço de urgência em atender um significativo número de clientes consiste nas crescentes readmissões.

A classificação de risco é um processo dinâmico onde os clientes são avaliados assim que chegam ao serviço de urgência, que garante que os clientes de alto risco recebam um atendimento imediato e que reduzam o tempo de espera cuidados médicos, dependendo do grau de prioridade atribuído a cada cliente, descongestionando o próprio serviço, determinando a área de atuação, com conseqüente encaminhamento dos clientes para as especialidades, de acordo com o protocolo de orientação (Mota-Guedes, Aparecida-Araújo, Pinto-Júnior, Amado-Martins & Machado-Chianca, 2017, p. 176). A atribuição de graus de risco aos clientes, ainda em conformidade com os mesmos autores, consiste numa tomada de decisão complexa. Os enfermeiros têm sido os profissionais mais indicados para executar essa tarefa e têm sido usados protocolos para orientar a prioridade dos cuidados.

Como forma de dar prioridade ao atendimento aos clientes mais graves, os hospitais têm instituindo, nos últimos anos, sistemas de triagem com a finalidade de identificação dos “clientes com condições mais urgentes e com maior risco de morte, assegurando um atendimento mais rápido, com tempo mínimo de espera” (Becker, Lopes, Pinto, Campanharo, Barbosa & Batista, 2015, p. 784). Em conformidade com os mesmos autores, existem protocolos ou escalas para a realização da triagem com díspares níveis de complexidade, todavia recomenda-se “a utilização dos que estratificam o risco em cinco níveis pela sua maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação das condições clínicas do

cliente”. Essa estratificação do risco em cinco níveis diferentes corresponde a cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Cada uma destas cores corresponde a um nível de gravidade e a um tempo de espera máximo para que o cliente possa ter o atendimento médico (Oliveira, Vancini-Campanharo, Okuno & Batista, 2013, p. 2).

Embora a triagem seja uma estratégia para que os clientes graves tenham prioridade no atendimento nos Serviços de Urgência, com impacto na qualidade do atendimento prestado aos clientes, são ainda escassos os estudos que relacionem a gravidade estabelecida por esta classificação com os desfechos como alta, internamento e óbito. A relação das categorias de triagem com os desfechos assume-se como relevante “para avaliar se o protocolo utilizado garante a segurança dos clientes no que se refere ao tempo de espera pelo atendimento médico, bem como possibilita uma adequada alocação dos recursos e cuidados posteriores” (Becker et al., 2015, p. 784).

É neste contexto que se desenvolve o presente trabalho, que pretende dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Qual o tempo médio de permanência das pessoas que faleceram no serviço de urgência, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal?

Partindo da questão supracitada, delineou-se como objetivo para este estudo:

- Avaliar o tempo médio de permanência das pessoas que faleceram no serviço de urgência, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal.

Em termos estruturais, dividiu-se esta dissertação em duas partes, constando da primeira, o enquadramento teórico e na segunda o estudo empírico. Na fundamentação teórica, correspondente ao estado de arte, faz-se alusão ao serviço de urgência e perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que faleceram no serviço de urgência. Na segunda parte, dedicada ao estudo empírico, descrevem-se todos os procedimentos metodológicos inerentes ao mesmo, o que corresponde ao terceiro capítulo. Seguem-se a apresentação e análise dos dados. No quinto capítulo começa-se por fazer a discussão dos resultados, terminamos com as conclusões mais pertinentes e que dão resposta às questões de investigação, aludindo-se igualmente às limitações encontradas, bem como se fazem algumas sugestões tidas como relevantes, a partir dos resultados obtidos, e refere-se as implicações para a prática profissional futura.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

1 - Serviço de Urgência e Enfermagem de Urgência

O serviço de urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo o primeiro nível de acesso aos cuidados, criando grande disfuncionalidade no SNS (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p.5). É neste contexto que os utentes se “tornam grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando em muitos hospitais o funcionamento regular de todos os outros serviços: ação médica, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica”, entre outros (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p.5).

Pode ser caracterizado como espaço de alguma impessoalidade, resultante da curta permanência de doentes e de profissionais, o que torna complexa a descrição dos cuidados e a sua documentação, quando imperam princípios de intervenção orientados para a cura da doença e os ritmos de trabalho são, por vezes, acelerados (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p.5).

O serviço de urgência faculta aos clientes

um atendimento rápido em situações de potencial risco para a saúde. Uma urgência é qualquer situação cuja demora de diagnóstico ou de tratamento apresente grave risco ou prejuízo para a vítima, como, por exemplo, traumatismos graves, intoxicações agudas, queimaduras, crises cardíacas ou respiratórias (Carvalho, 2015, p. 1).

Por conseguinte, os clientes em situações graves precisam de um atendimento mais célere em relação aos que apresentam em situação menos graves, uma vez que a espera demorada pode comprometer o seu estado de saúde. Neste sentido, é necessário um método que possibilita classificar a prioridade clínica dos clientes, como, por exemplo, o Sistema de Triagem de Manchester (Carvalho, 2015). Depois do registo de entrada no serviço de urgência, encaminha-se o cliente para um gabinete de triagem, no qual é submetido a uma observação prévia, procedendo-se à identificação de sintomas e/ou sinais que possibilitam a atribuição de um grau de prioridade clínica no atendimento e respetivo tempo de espera recomendado até à primeira observação médica (Grupo de Trabalho das Urgências, 2011).

Em conformidade com o Regulamento 124/2011 (p. 8656), a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. A pessoa em situação crítica, no âmbito deste trabalho,

compreende igualmente a que “recorre ao serviço de urgência por se encontrar a experienciar uma situação de transição saúde/doença, independentemente da gravidade que os profissionais lhe possam atribuir” (Alves, 2015, p. 25).

O Despacho Normativo nº 11 (2002, p. 1865) define os serviços de urgência, no âmbito da ação médica hospitalar, como “serviços multidisciplinares que têm por objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica”.

De acordo com Martins (2010, p. 25), o serviço de urgência

é o local onde ocorrem todos os utentes, desde os que têm uma simples síndrome gripal, às situações mais graves e que colocam em risco a vida dos utentes. Com atendimento disponibilizado 24 horas por dia e 7 dias por semana, estes serviços são lugares geradores de stress por excelência, dadas as suas peculiares características.

O serviço de urgência é um espaço dotado de vastos meios de diagnóstico e de terapêutica que se destinam a auxiliar os profissionais de saúde das diversas especialidades que aí exercem a aliviar o sofrimento agudo de todos os clientes que a ele acorrem. Equivale a prestar cuidados às pessoas que se apresentem com situações de doença aguda e da qual possa resultar a morte, sequelas graves ou sofrimento (Magalhães, 2010, p. 18). Muito embora se procure manter uma qualidade superior à média em todos os processos de atendimento ao doente e às condições de trabalho, o serviço de urgência deve distinguir-se por manter ao mais alto nível na humanização dos cuidados de saúde, o que implica personalização, rapidez no acesso à primeira observação, resolução adequada de casos sociais e minimização do tempo de permanência no seu espaço (Magalhães, 2017, pp. 18-19). O “serviço de urgência está apetrechado com elevada tecnologia para tratar a doença e evitar a morte” (Moura, 2010, p. 50).

Teles (2011, p. 36) salienta que o serviço de urgência se caracteriza por aspetos específicos que incluem lidar com uma panóplia de utentes de todas as idades e exigem resoluções muito rápidas.

Prestar cuidados de enfermagem num serviço de urgência é considerado como “uma das realidades mais agressivas da prática de enfermagem” (Chambel, 2012, p. 36). Face às situações graves e complexas, ainda em conformidade com a mesma autora, como as que se vive diariamente nos serviços de urgência, “respeitar a vida é um direito universal, mas igualmente aceitar que a morte, por vezes, é inevitável, constituindo uma condição inerente ao cuidar” (Chambel, 2012, p. 37).

Os enfermeiros de urgência prestam cuidados a todas as populações, independentemente da sua idade e/ou patologia. Asseguram também medidas de salvamento à vida e de prevenção de lesões (Sheehy's, 2011, p.3). É também crucial que se entenda que o âmbito da prática da enfermagem de urgência envolve, num curto espaço de tempo, uma avaliação prévia, um diagnóstico, um tratamento e uma avaliação final de inúmeros problemas que podem ser percebidos, reais ou potenciais, súbitos ou urgentes e físicos ou psicossociais, sendo, no entanto, e na grande maioria das vezes, episódicos ou agudos.

A enfermagem de urgência é, portanto, “pluridimensional, pois inclui o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem” (Sheehy's, 2011, p.3). Assim, o enfermeiro de urgência “é um enfermeiro com especialização em cuidados de urgência, obtida por formação académica e experiência clínica” (Macphail, 2011, p. 5). Este deve revelar “os seus conhecimentos técnicos através de um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade”. Contudo, as suas competências não podem limitar-se exclusivamente à parte científica, mas também ao enfoque comunicacional.

Macphail (2011, p. 3) salienta também que “a prática de enfermagem de urgência requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado”. A mesma autora refere que as competências profissionais e pessoais do enfermeiro no serviço de urgência são as seguintes: habituar-se a modificações bruscas; prestar cuidados em situações emergentes, urgentes e não urgentes; ter espírito de trabalho em equipa; ser capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem; ser assertivo; ter consciência profissional e responsabilidade; ter capacidade de decisão, de destreza manual e a capacidade de gestão e de organização. Deste modo, a enfermagem de urgência deve ser, segundo Sheehy's (2011, p. 3), não mais que um “acumular de muito conhecimento de todas as outras especialidades da arte do cuidar, para que no momento e na hora adequada este se possa erguer”.

Os indicadores são meios fundamentais para uma assistência e gestão de qualidade, sobretudo no serviço de urgência onde existe um maior fluxo de clientes. O seu uso possibilita, para além da avaliação, a documentação e o estabelecimento de prioridades nos serviços oferecidos (Oliveira, Costa, Oliveira, Almeida & Mendonça, 2017, p. 174). De acordo com os mesmos autores, a procura da qualidade da assistência em saúde assume-se como um dos principais objetivos dos profissionais e gestores da área. A sua definição associa-se à proporção dos serviços de saúde para alcançarem os resultados esperados através do grau de conhecimento científico existente. Neste sentido, a qualidade tem seis atributos: a

segurança, a efetividade, a eficiência, a equidade, a oportunidade e o cuidado centrado no cliente (Oliveira et al., 2017, p.175).

“Cada indicador tem de conter uma meta a ser alcançada que possibilita a comparação entre o desejado e o apresentado pela instituição hospitalar” (Oliveira et al., 2017, p. 176). Os mesmos autores referem ainda que se torna indispensável “a análise dos processos e das estruturas” o que possibilita a identificação dos motivos subjacentes às distinções apuradas, bem como permite o planeamento de medidas, quer para “o desenvolvimento da qualidade dos serviços”, quer para “a eficiência da gestão do cuidado” (Oliveira et al., 2017, p. 176). Outro fator fundamental, ainda na perspetiva dos mesmos autores, refere-se ao tempo de espera para o atendimento, assumindo-se como um fator significativo para o sucesso da assistência no serviço de urgência.

Importa também referir que o estudo acerca da correta dotação de enfermeiros nos diversos serviços de saúde tem-se prolongado ao longo dos anos, constituindo-se como um objeto de negociações entre a tutela e a Ordem dos Enfermeiros. Como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 7),

o grau de responsabilidade pelos serviços de saúde e o conceito de prestação de cuidados de qualidade estão na linha da frente da maior parte das discussões políticas e entre profissionais de saúde. No entanto, a responsabilidade torna-se difícil quando há uma dotação inadequada de prestadores de cuidados, tal como no caso dos enfermeiros.

Infante (2012, p. 11) refere que é imprescindível uma análise minuciada que dê fundamento à compreensão da necessidade de adequação do rácio enfermeiros/clientes em cada turno, para que se possa atender à gravidade dos clientes, uma vez que grande parte dos clientes precisam de mais atenção e de mais tempo de cuidados de enfermagem.

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde (2004/2010), o sistema de saúde acaba por demonstrar uma escassa cultura de qualidade, sendo reflexo o descontentamento e as reclamações apresentadas pelas populações atendidas nos serviços de saúde, traduzindo a desumanização da prestação de cuidados de saúde, devido a vários fatores intrínsecos ao trabalho desenvolvido. No Plano Nacional de Saúde (2011/2016), refere-se que o planeamento dos recursos humanos a médio e longo prazo, em função da evolução das necessidades de cuidados de saúde da população, é uma das missões mais importantes no planeamento dum sistema de saúde. A saúde é um sector fundamental para reforçar a coesão, solidariedade e justiça das políticas sociais.

2 - Perfil sociodemográfico e clínico dos clientes que faleceram no serviço/departamento de urgência e emergência

Identificar a prevalência dos clientes que falecem por ano no serviço de urgência e quais as causas da morte assume-se como um dos meios mais importantes para avaliar a eficácia do sistema de saúde de um país. O estudo da mortalidade instituiu-se como um meio que permite conhecer uma sociedade, na medida em que através da avaliação do nível e do padrão de mortalidade é possível analisarem-se as condições sociais e económicas e quais as suas exigências políticas e sociais (Organização Mundial de Saúde, 2015). Por outro lado, conhecer as causas de morte coadjuva a determinar o seu foco para ações de saúde pública (Alves & Faro, 2016, p. 95).

Dubuc e Ferrari (2006) realizaram um estudo transversal para caracterizar as causas de morbidade e mortalidade entre adolescentes atendidos no serviço de urgência e emergência de um hospital público. A recolha de dados decorreu entre fevereiro e março de 2003, através dos registos de atendimento, totalizando 2722 adolescentes, na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade. As causas de morbi-mortalidade foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10). Assim, registou-se que predominou o sexo feminino (54,1%), sendo as causas de morbidade predominantes as doenças infecciosas e parasitárias (sexo feminino 26,5%), lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (sexo masculino 30,5%). O mês de maior atendimento foi março (38,4%). O período da noite foi de maior prevalência (37,6%). A clínica médica atendeu 63,9% dos adolescentes. Receberam alta, 84,6% dos casos, mas não foram detetados óbitos.

Wulp, Schrijvers, e Stel (2009) procuraram verificar se o índice de gravidade de emergência e o Sistema de Triagem de Manchester eram preditores da admissão e mortalidade de clientes que procuram o serviço de urgência/emergência do Estado Unidos da América. O estudo observacional retrospectivo foi realizado em quatro bancos de dados de um departamento de emergência. A amostra foi constituída por 37 974 clientes triados com o índice de gravidade de emergência e por 34 258 clientes triados com o Sistema de Triagem de Manchester. A probabilidade de admissão diminuiu significativamente com categorias de urgência em ambas as populações e foi maior para os clientes triados com o índice de gravidade de emergência do que com o Sistema de Triagem de Manchester. As taxas de

mortalidade foram baixas em ambas as populações. A maioria dos clientes que morreram foram os incluídos nas categorias de triagem mais urgentes de ambos os sistemas.

Num outro estudo realizado em 2015 por Guedes, Araújo, Júnior, Martins, e Chianca, no qual se procurou relacionar as queixas dos clientes classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester num serviço de urgência com o desfecho final (alta/óbito/transferência), ficou demonstrado que, em 509 clientes que permaneceram por mais de 24 horas após a admissão, 59,3% eram do sexo masculino, com idade média de 59,1 anos. As queixas principais eram de mal-estar no adulto (22,5%), dispneia em adulto (14,0%), dor abdominal em adulto (10,0%), alterações de comportamento (5,9%), sendo que, desses, 87% receberam alta. Foram encontrados mais óbitos nos clientes classificados nas cores mais graves, com 42,8% classificados como vermelho, 17,0% laranja e 8,9% como amarelo. Entre os clientes classificados como verde, 9,6% evoluiu para óbito. Nas diversas cores do Sistema de Triagem Manchester, o óbito prevaleceu nos clientes que apresentaram a queixa de mal-estar no adulto, dispneia, sofreram trauma craniano, trauma maior, diarreia e vômito. Assim, ficou demonstrado que quanto mais alta a prioridade clínica maior a prevalência de óbito. Outros estudos também documentam que os óbitos se associam às categorias de urgência do Sistema de Triagem Manchester (Santos, Freitas, & Martins, 2014; Martins, Cuña & Freitas, 2009) e que o risco de morte em clientes de alta prioridade (vermelha e laranja) foi 5,58 vezes maior do que o risco de morte para a baixa prioridade (amarela, verde e azul) (Santos et al., 2014).

Faz-se referência a um estudo mais recente de Alves e Faro (2016), cujo objetivo consistiu em caracterizar o perfil da mortalidade em um Hospital de Urgências de Sergipe, entre 2013 e 2014, bem como analisar a relação entre a causa básica e a causa imediata do óbito. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, efetuado a partir do levantamento de informações do banco de dados da Organização de Procura de Órgãos e Tecidos da Instituição. Os resultados revelam que, entre 5.455 óbitos, 57,6% eram do sexo masculino e a média de idade foi de $55,7 \pm 23,5$ anos. O agrupamento por faixas etárias mostra que a 48,7% pertencem ao grupo acima de 60 anos. Ao compararem a faixa etária por sexo, o estudo revela que a mortalidade para o sexo masculino nas faixas etárias entre 13-18 anos e entre 19-35 anos foi cerca de duas vezes maior do que o encontrado no sexo feminino. As doenças infecciosas e as causas mal definidas figuraram em quase metade dos óbitos de causa imediata, representando 48,3% dos casos. A causa com maior quantidade de óbitos validados ($n=4863$) foi a básica, em que a principal categoria responsável pelos óbitos foram as doenças do aparelho respiratório (18,6%). A relação entre a causa imediata e a básica revela que as doenças infecciosas são a principal causa imediata de óbitos em oito entre onze categorias da

causa básica. Os autores concluíram que as doenças infecciosas e as causas mal definidas têm um considerável impacto na mortalidade hospitalar.

Gonçalves, Pinto Júnior, Salgado e Chianca (2015) avaliaram a relação entre a estratificação pela classificação de risco, mortalidade e permanência hospitalar num serviço de urgência de um Hospital Municipal de Belo Horizonte - MG, Brasil, tendo utilizado o banco de dados ALERT® e HOSPUB para conhecer a evolução dos clientes classificados pelos enfermeiros através do Sistema de Triagem de Manchester de Classificação de Risco. Foram atendidos 147 167 clientes, sendo a maioria do género feminino (55.9%). A classificação de risco mais frequente foi a amarela (47.4%), seguida da verde (36.5%), da laranja (14.2%), azul (1.3%) e a vermelha (0.6%). A média de permanência no serviço foi menor que 24 horas, tendo 95.4% dos clientes recebido alta hospitalar; faleceram 30% dos clientes classificados com cor vermelha, 2% com cor laranja e 3% com cor amarela. Observou-se uma relação direta entre a gravidade da classificação dos clientes e o tempo de permanência hospitalar. O sistema de classificação de risco utilizado pelos enfermeiros deste hospital constituiu-se como indicador para o risco de óbito.

Guedes, Martins, e Chianca (2015) analisaram a evolução clínica de 577 clientes admitidos num serviço de urgência e submetidos à classificação de risco. Trata-se de um estudo observacional prospetivo, no qual foi usado o *Therapeutic Intervention Scoring System* - 28 (TISS-28) para avaliar a gravidade dos doentes (desfecho primário) e os desfechos secundários: alta/transferência, óbito e tempo de permanência hospitalar. Os resultados revelam que os clientes classificados na cor vermelha têm 10,7 vezes mais hipótese de ter uma pontuação acima de 14 no TISS-28 em relação aos outros; os clientes classificados com cor vermelha têm 5,9 vezes mais hipótese de evolução para óbito quando comparados com os outros. O Sistema de Triagem de Manchester revelou-se um bom preditor para os desfechos clínicos.

Pinto Júnio, Salgado, e Chianca (2012), no seu estudo, avaliaram a validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester, introduzido num hospital municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um estudo de coorte prospetivo e analítico, com uma amostra estratificada por cores da classificação, com um total de 300 clientes. O desfecho avaliado foi a pontuação pelo *Therapeutic Intervention Scoring System* – 28 (TISS-28), obtida pelos clientes em cada grupo de classificação, após 24 horas da admissão no serviço de urgência. Os resultados do estudo revelam que a maioria dos clientes era do sexo masculino (57%), com uma média de idade de 57,3 anos. A mediana de pontuação do índice de gravidade no grupo amarelo foi de 6,5 pontos; no grupo laranja, 11,5 pontos e, no grupo

vermelho, 22 pontos, havendo diferença estatística significativa entre os três grupos. Os mesmos autores inferiram que quanto maior a gravidade do cliente, maior o risco de evolução para óbito, mostrando que a prioridade clínica originada pelo Sistema de Triagem de Manchester é preditora do óbito.

Mota-Guedes, Aparecida-Araújo, Pinto-Júnior, Amado-Martins, e Machado-Chianca (2017) levaram a cabo um estudo com a finalidade de avaliar o desfecho dos clientes que foram classificados através do Sistema de Triagem de Manchester em dois hospitais, nomeadamente numa unidade de emergência em Portugal e numa unidade de emergência no Brasil. A população estudada era constituída por todos os clientes atendidos e triados pelo enfermeiro no Sistema de Triagem de Manchester, com base em dados obtidos pelo *software* ALERT[®], resultando numa amostra de 158 959 clientes triados em Portugal e 155 121 no Brasil. Os resultados do estudo revelam que quanto maior a prioridade atribuída ao cliente pelo Sistema de Triagem de Manchester, maior o tempo de permanência no hospital. Para ambos os grupos estudados, quanto maior a classificação de risco do cliente, maior o risco de morte, quando comparado com o grupo classificado como “verde”. Em Portugal, os clientes classificados como “vermelho” pelo Sistema de Triagem de Manchester tiveram um risco de morte 1 516 vezes maior em comparação com os clientes classificados como “verde”. No Brasil, os clientes classificados como “vermelho” tiveram um risco de morte 1 177 vezes maior do que os clientes classificados como “verde”. As principais queixas dos clientes atendidos no serviço de urgência português foram: mal-estar no adulto (14.3%), problemas nas extremidades (11.8%), problemas oculares (7.6%), obstetrícia/ginecologia (7.1%), dispneia (5.8%), dor abdominal (5.6%). Do total de clientes estudados, 130 536 deram entrada no serviço de urgência e receberam alta antes das 24 horas. As cinco categorias de classificação foram comparadas sempre com a cor de menor prioridade, a “azul”. Assim, quanto maior a prioridade do atendimento do cliente, mais tempo permaneceu no hospital (Mota-Guedes et al., 2017, pp. 178-179).

2ª PARTE – Enquadramento Metodológico

3 - Métodos

A segunda parte deste relatório diz respeito à investigação empírica que se inicia com as considerações metodológicas. Por conseguinte, neste capítulo, definem-se as estratégias para se estudar o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes que faleceram no serviço/departamento de urgência-emergência. Assim, definem-se os procedimentos metodológicos que procuram dar resposta às questões de investigação, o que implica que se descreva e explique o tipo de investigação, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos éticos e formais, bem como o respetivo tratamento estatístico, através do qual se poderá chegar a conclusões plausíveis acerca da problemática em estudo.

Na procura de novo conhecimento sobre esta problemática, o desenvolvimento deste estudo foi desenvolvido para responder às seguintes **questões específicas enquanto orientadoras da investigação**:

- Qual o perfil sociodemográfico das pessoas (idade, sexo) que faleceram durante o ano de 2017 no serviço de urgência, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal?

- Qual o perfil clínico das pessoas (fluxograma, discriminador, prioridade, área clínica) que faleceram durante o ano de 2017 no serviço de urgência, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal?

- Quais as variáveis de saúde (saturação de O₂ (com e sem oxigenoterapia), frequência cardíaca, pressão arterial, índice de reatividade de Glasgow, glicemia, temperatura e dor) das pessoas que faleceram durante o ano de 2017 no serviço de urgência, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal?

Tendo como referência as questões supracitadas, delinearam-se como **objetivos específicos** para este estudo:

- Calcular o tempo médio de permanência no serviço de urgência.

- Determinar se as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) influenciam o tempo de permanência no serviço de urgência.

- Determinar se as variáveis de clínicas (fluxograma, discriminador, prioridade, área clínica, causa do óbito) influenciam o tempo de permanência no serviço de urgência.

- Determinar se as variáveis de contexto (período de admissão, tempo decorrido entre a triagem e primeira avaliação médica, hora do óbito) influenciam o tempo de permanência no serviço de urgência.

- Determinar se as variáveis de saúde (saturação de O₂ (com e sem oxigenoterapia), frequência cardíaca, pressão arterial, índice de reatividade de Glasgow, glicemia, temperatura e dor) influenciam o tempo de permanência no serviço de urgência.

Com o intuito de se obterem respostas às questões de investigação delineadas, optou-se por realizar uma investigação com as características de um estudo quantitativo e não experimental em corte transversal, com análise descritiva e correlacional, dado que se pretende estudar a forma como as variáveis sociodemográficas e clínicas se refletem no perfil das pessoas que faleceram no serviço de urgência.

Assim, realizou-se um **estudo quantitativo** com **coorte retrospectivo** com recolha de dados clínicos para identificar o perfil de características diferenciadoras das pessoas que faleceram no serviço de urgência. Neste âmbito, assume-se como importante a análise da prevalência da mortalidade de um serviço de urgência durante o ano de 2017, com vista a identificar as mortes causadas por doenças indicativas de necessidades paliativas, doença súbita, trauma e outras.

Com a gama de variáveis descritas pretende-se apurar se existe um perfil diferenciador das pessoas que recorreram/faleceram no serviço de urgência por diferentes doenças.

É um estudo descritivo e correlacional, na medida em que tem o propósito de avaliar a relação que existe entre conceitos categorias ou variáveis (Sampieri, Collado & Lúcio, 2003).

Assume-se também como um estudo **transversal**, porque os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa de clientes que faleceram no serviço de urgência, objetivando descrever e detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2014).

Deste modo, tendo presente a revisão bibliográfica efetuada, bem como as variáveis selecionadas, e a sua influência, foi elaborada a representação esquemática em que figura o tipo de relação prevista entre as variáveis sociodemográficas, de contexto, clínicas e de saúde

(variáveis independentes) com o tempo de permanência das pessoas que faleceram no serviço de urgência, que se assume neste estudo, como variável dependente.

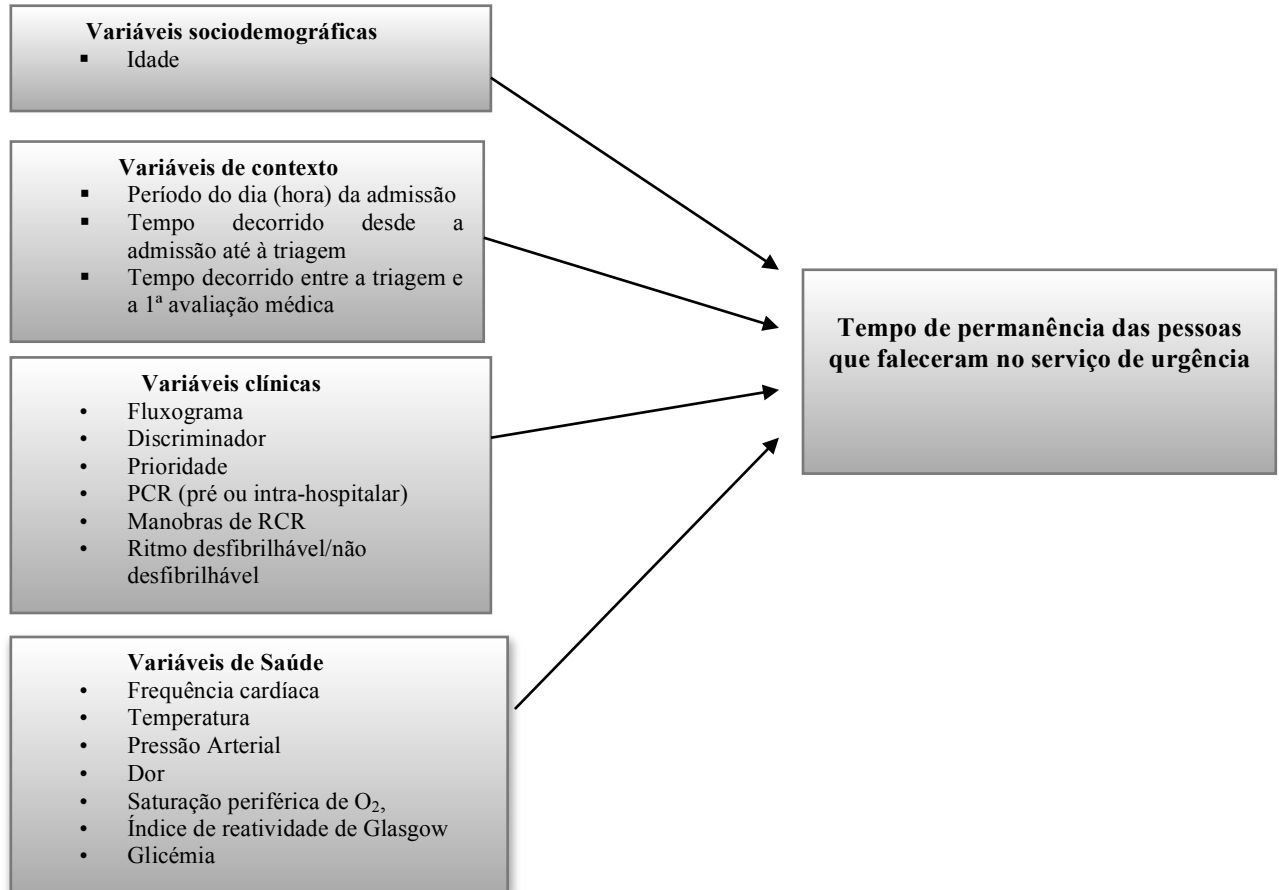


Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.

3.1 - Participantes

A população definida para este estudo integrou todos os indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos (≥ 18 anos), que durante o ano de 2017 recorreram ao Serviço de Urgência de um Hospital central da zona centro de Portugal, num total de 86621 pessoas.

Para melhor definição e delimitação da amostra a considerar, foi previamente definido que o período de tempo em análise seria de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2017.

Aplicou-se a técnica de amostragem não aleatória de conveniência, com os seguintes critérios de inclusão: pessoas adultas (≥ 18 anos); admissão no serviço de urgência; ter falecido no serviço de urgência. Como critérios de exclusão, considerou-se ser pessoa com idade inferior a 18 anos.

A amostra ficou constituída por 250 casos de óbito.

3.1.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Na globalidade da amostra, a idade mínima foi de 27 anos e a máxima de 101 anos, ao que corresponde uma média de idades de 80,16 anos ($\pm 13,50$ anos). Para o género masculino, que representa 45,6% da totalidade da amostra, a idade mínima é 28 anos e a máxima de 98 anos, e para o género feminino, com uma representatividade de 54,4%, a mesma oscila entre 27 e os 101 anos. As mulheres são em média mais velhas ($M=83,18 \pm 12,54$ anos), do que os homens ($M=76,54 \pm 13,77$ anos), com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, conforme resultado do teste t para amostras independentes ($t=-3,986$; $p=0,000$). Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas da idade em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	114	28	98	76.54	13.77	17.99	-4.32	1.58	-3.986	0.000
Feminino	136	27	101	83.18	12.54	15.07	-9.45	12.28		
Total	250	27	101	80.16	13.50	16.84	-8.97	6.78		

Ainda em relação à **idade**, como exposto na tabela 2, verifica-se que prevalecem, para a totalidade da amostra, os falecidos com idade ≥ 80 anos (64,4%), nos homens, esta faixa etária representa 37,3% e nas mulheres 62,7%. As pessoas com idade compreendida entre os 71-79 anos representam 17,6% (homens 47,7% vs. mulheres 52,3%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=15,775$; $p=0,001$), situadas entre os homens com idade inferior aos 65 anos e entre os 65-70 anos e as mulheres com ≥ 80 anos (cf. tabela 2).

O **distrito de pertença** é maioritariamente (88,0%) o de Viseu, dos quais 46,4% são homens e 53,6%mulheres (cf. tabela 2).

Analisando-se os resultados da relação entre estar ou não **institucionalizado**, constata-se que 32,4% da amostra residia numa instituição, fazendo parte deste grupo 40,7% dos homens e 59,3% das mulheres, enquanto 67,6% residiam em domicílio, mas sem relevância estatisticamente significativa (cf. tabela 2).

A afiliação a um **sistema de saúde**, é prevalente para o Sistema Nacional de Saúde (83,6%), com uma representatividade de 42,1% dos homens e 57,9% das mulheres (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	Nº (114)	% (45.6)	Nº (136)	% (54.4)	Nº (250)	% (100.0)	1	2	X ²	p
Idade										
< 65 anos	23	20.2	12	8.8	35	14.0	2.6	-2.6		
65-70 anos	8	7.0	2	1.5	10	4.0	2.2	-2.2	15.775	0.001
71-79 anos	23	20.2	21	15.4	44	17.6	1.0	-1.0		
≥ 80 anos	60	52.6	101	74.3	161	64.4	-3.6	3.6		
Distrito de pertença										
Viseu	102	89.5	118	86.8	220	88.0	.7	-.7		
Guarda	12	10.5	17	12.5	29	11.6	-.5	.5	n.a.	n.a.
Outro	0	0.0	1	0.7	1	0.4	-.9	.9		
Institucionalizado										
Sim	33	28.9	48	35.3	81	32.4	-1.1	1.1	1.141	0.286
Não	81	71.1	88	64.7	169	67.6	1.1	-1.1		
Sistema de saúde										
ADSE	6	5.3	7	5.1	13	5.2	.0	.0		
SNS	88	77.2	121	89.0	209	83.6	-2.5	2.5	n.a.	n.a.
Entidade desconhecida	15	13.2	7	5.1	22	8.8	2.2	-2.2		
Outros	5	4.4	1	0.7	6	2.4	1.9	-1.9		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				

Ainda no que diz respeito ainda à **idade**, verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem os utentes com idade superior aos 70 anos (82,0%), nos homens, esta faixa etária

representa 40,5% e nas mulheres 59,5%. Seguem-se os utentes com idade inferior ou igual aos 70 anos (18,0%), fazendo parte deste grupo etário 68,9% dos homens e 31,1% das mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=11,999$; $p=0,001$), situadas entre os homens com idade inferior ou igual aos 70 anos e as mulheres com mais de 70 anos (cf. tabela 3).

Tabela 3 – Potenciais anos de vida perdidos em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais				
	n	%	n	%	n	%	1	2	X ²	p	
Idade											
≤70 anos	31	27.2	14	10.3	45	18.0	3.5	-3.5	11.999	0.001	
>70 anos	83	72.8	122	89.7	205	82.0	-3.5	3.5			
Total	114	100,0	136	100,0	250	100,0					

Em síntese, o perfil sociodemográfico das pessoas que faleceram no serviço de urgência, caracteriza-se por: amostra maioritariamente feminina (54,4%), com idade superior aos 80 anos (40,8%), com uma idade mínima de 27 anos e uma máxima de 101 anos, ao que corresponde uma média de idades de $80,16 \pm 13,50$ anos; residentes no distrito de Viseu (88,0%) e no domicílio (67,6%), sendo beneficiário do Sistema Nacional de Saúde (83,6%).

3.2 - Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada a partir dos *softwares* SONHO® e Alert®, perfil administrativo, e na consulta dos episódios de urgência, após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, suportada numa grelha elaborada para a recolha de dados (cf. Anexo 2).

Deste modo, o instrumento de recolha de dados elaborado para o efeito, integra 33 questões, das quais questões de caracterização sociodemográfica (idade, género, zona de residência, residência em instituição, sistema de saúde), relativas a antecedentes pessoais (existência de fatores de risco cardiovasculares e a toma habitual de medicação), questões de contexto (data de admissão, hora de admissão, dia da semana, origem, tipo de episódio, hora da triagem, hora da primeira avaliação médica, data do óbito, hora do óbito, tempo que medeia desde a admissão até à triagem e desde a triagem até à primeira avaliação médica, tempo de permanência) questões relativas às variáveis clínicas (fluxograma do STM, discriminador, prioridade clínica, ativação de Via Verde, área clínica, natureza e causa do

óbito, realização de exames complementares de diagnóstico, terapêutica, características da PCR, primeiro ritmo detetado, manobras de reanimação, realização de autópsia), questões relativas às variáveis de saúde (SpO₂ (com e sem oxigenoterapia), frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, glicemia, Índice de reatividade de Glasgow e dor).

3.2.1 - Critérios de operacionalização das variáveis

Variáveis sociodemográficas:

De modo a minimizar-se a possibilidade de divergências interpretativas e atribuir-se um significado preciso às variáveis, com a possibilidade de as tornar mensuráveis, procedeu-se à operacionalização concetual e empírica das variáveis em estudo. Assim, no que concerne às variáveis sociodemográficas, a tabela 4 sintetiza a operacionalização empírica realizada.

Tabela 4 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Operacionalização	Critérios
Idade (pergunta aberta)	< 65 anos 65-70 anos 71-79 anos ≥ 80 anos	Pessoas idosas – INE (2017, p. 4) Anos potenciais de vida perdidos – INE (2018) Pessoas muito idosas – Netto, Kitadai, Salles e Carvalho (2015)
	≤ 70 anos > 70 anos	Anos potenciais de vida perdidos – INE (2018)
Género	Masculino Feminino	Medida através da categoria dicotómica masculino e feminino.
Zona de residência	Viseu Guarda Outros	Distrito de residência.
Reside em Instituição (Lar, Unidade de Cuidados Continuados, Associação,...)	Sim Não	Pessoas que na sua morada constava a morada de uma instituição pública ou privada, tais como, Lar, Unidade de Cuidados Continuados, Associação,...
Sistema de Saúde	ADSE SNS Entidade Desconhecida Outros	Sistema de saúde associado ao episódio clínico.

Variáveis de Contexto:

A operacionalização das variáveis de contexto, foram efetuadas, tal como descrito na tabela 5.

Tabela 5 – Operacionalização das variáveis de contexto.

Variáveis		Operacionalização	Critérios
Origem		INEM Exterior não especificado Centro de Saúde Hospital Outros	---
Tipo de episódio		Urgência Internamento	O tipo de episódio é considerado administrativamente de urgência ou de internamento (quando o utente se encontra na Sala de Observações).
Data de admissão (dd/mm/aaaa)		Dia da semana Mês	----
Data do óbito (dd/mm/aaaa)		Dia da semana Mês	----
Hora de admissão (hh:min)		08h00 - 13h59 14h00 - 19h59 20h00 - 23h59 0h00 - 07h59	Manhã Tarde Noite Noite
Hora de admissão (hh:min)	Após o registo destas variáveis, foi efetuado o calculo do tempo que decorre entre a hora de admissão e a triagem.	< 5 minutos 6 -10 minutos > 10 minutos	
Hora da Triagem (hh:min)			
Hora da Triagem (hh:min)	Após o registo destas variáveis, foi efetuado o calculo do tempo que decorre entre a hora da triagem e a primeira avaliação médica.	0 minutos 1-10 minutos 11-30 minutos 31-60 minutos ≥ 61 minutos	Adaptado de Grupo Português de Triagem (2010, pp. 21-22).
Hora da 1ª avaliação médica (hh:min)			
Hora de admissão (hh:min)	Após o registo destas variáveis, foi efetuado o calculo do tempo de permanência no serviço de urgência.	0 minutos 1- 10 minutos 11- 30 minutos 31- 60 minutos 61 - 120 minutos 121- 240 minutos 241 - 360 minutos ≥ 361 minutos	
Hora do óbito (hh:min)			

Variáveis clínicas:

Fluxograma

A prática clínica anda à volta do conceito queixa apresentada, ou seja, o principal sinal ou sintoma identificado pelo cliente ou pelo profissional de saúde que motiva o cliente a procurar o serviço de urgência (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 31). As condições mais pertinentes apresentadas para a triagem constam da tabela 6.

Tabela 6 - Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester.

1 - Agressão	28 - Estado de inconsciência/síncope
2 - Alergias	29 - Exposição a químicos
3 - Asma	30 - Feridas
4 - Auto-agressão	31 - Grande traumatismo

5 - Bebê que chora (P)	32 - Gravidez
6 - Cefaleia	33 - Hemorragia gastro-intestinal
7 - Comportamento estranho	34 - Hemorragia vaginal
8 - Convulsões	35 - Indisposição do adulto
9 - Corpo estranho	36 - Infecções locais e abscessos
10 - Criança com dificuldade de locomoção (P)	37 - Lesão toraco-abdominal
11 - Criança que não se sente bem (P)	38 - Mordeduras e picadas
12 - Criança irritável (P)	39 - Pais preocupados (P)
13 - Diabetes	40 - Palpitações
14 - Diarreia e/ou vômitos	41 - Problemas estomatológicos
15 - Dispneia	42 - Problemas faciais
16 - Dispneia na criança (P)	43 - Problemas nos membros
17 - Doença mental	44 - Problemas oftálmicos
18 - Doenças sexualmente transmissíveis	45 - Problemas de ouvidos
19 - Dor abdominal	46 - Problemas urinários
20 - Dor abdominal na criança (P)	47 - Queda
21 - Dor cervical	48 - Queimaduras profundas e superficiais
22 - Dor garganta	49 - Sobredosagem ou envenenamento
23 - Dor lombar	50 - TCE
24 - Dor testicular	51 - Catástrofes - avaliação primária
25 - Dor torácica	52 - Catástrofe - avaliação secundária
26 - Embriaguez aparente	
27 - Erupções cutâneas	

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, p. 31.

Discriminador

Os discriminadores são fatores que, à discriminação dos clientes, permitem a sua inclusão numa das cinco prioridades e podem ser gerais ou específicos. Os primeiros aplicam-se a todos os clientes, independentemente da condição que que apresentam e, conseqüentemente, surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas, remetendo o profissional de saúde para a mesma prioridade clínica. Os discriminadores específicos aplicam-se a casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e, por norma, relacionam-se com características-chave de condições particulares. Estes discriminadores surgem em muitos fluxogramas específicos, sendo repetidos nas notas que acompanham o fluxograma para possibilitar um fácil referenciação (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 31). Os discriminadores gerais estão apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Discriminadores gerais do Sistema de Triagem de Manchester.

Risco de vida	Discriminador que reconhece que qualquer paragem ou ameaça das funções vitais (via aérea, ventilação, circulação) coloca o doente no primeiro grupo de prioridades	Vermelho: compromisso da via aérea? Estridor? Respiração? Ineficaz? Ausência de pulso ou choque?
Dor	O uso da dor como discriminador geral ao longo dos fluxogramas de apresentação reconhece este facto e torna implícito que todas as avaliações de triagem devem incluir a avaliação da dor. Apenas descrever a intensidade ou gravidade da dor. Outras características da dor, como a localização, irradiação e periodicidade, podem figurar como discriminadores específicos noutros fluxogramas de apresentação particular.	Laranja: Dor severa? Amarelo: Dor moderada? Verde: Dor ligeira <7 dias? Azul: Dor ligeira ≥7 dias?
Hemorragia	Os discriminadores de hemorragia são exsanguinante, grande hemorragia incontrolável ou pequena hemorragia incontrolável. Qualquer hemorragia, salvo se existirem noutros discriminadores que conduzam a uma maior prioridade clínica, deve merecer, no mínimo, a prioridade urgente.	Vermelho: Hemorragia exsanguinante? Laranja: Grande hemorragia incontrolável? Amarelo: Pequena hemorragia incontrolável?
Grau de estado de consciência	É tido em conta separadamente para adultos e crianças. Nos adultos, apenas os clientes em estado de mal epilético são sempre colocados na categoria de intervenção “emergente”. Os clientes adultos com um grau de consciência alterado em relação ao estado prévio ou em que não consiga negar a alteração recente (de acordo com a Escala de Glasgow) são incluídos na categoria de “muito urgente”.	Vermelho: Convulsão atual? Convulsão atual. Não responde? Laranja: Alteração do estado de consciência de novo? Apenas responde à voz ou à dor? Amarelo: História de perda de consciência?
Temperatura	É um discriminador geral. Nos adultos - temperatura timpânica: febrícula/subfebril 37,5-38,4°C Quente: 38,5-40,9°C Muito quente: ≥41,0°C	Laranja: Hipotermia? Adulto muito quente? Amarelo: Adulto quente? Verde: Subfebril? Febrícula?
Início das queixas/agravamento	É determinado o tempo de instalação do problema (<i>acuteness</i>) como forma de enquadrar temporalmente o aparecimento da situação. O tempo relativamente longo de existência do problema sem agravamento e sinais de risco indica que o cliente pode ser incluído na prioridade não urgente sem risco clínico. O grau de prioridade sobe se houver outros discriminadores gerais ou específicos. Divide-se em 4 grupos a relação temporal de início de queixa/agravamento: repentino (minutos/segundos); súbito (≤12 horas); agudo (≤24 horas); recente (<7 dias) ou não recente (≥7 dias).	Problema Recente? Lesão/Ferimento Recente? Sim – Verde Problema Recente? Lesão/Ferimento Recente? Não – Azul

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, p. 31-36

Prioridade

Os discriminadores possibilitam a inclusão dos clientes numa das cinco prioridades clínicas (cf. figura 2), e podem ser gerais ou específicos, tal como já referido anteriormente.

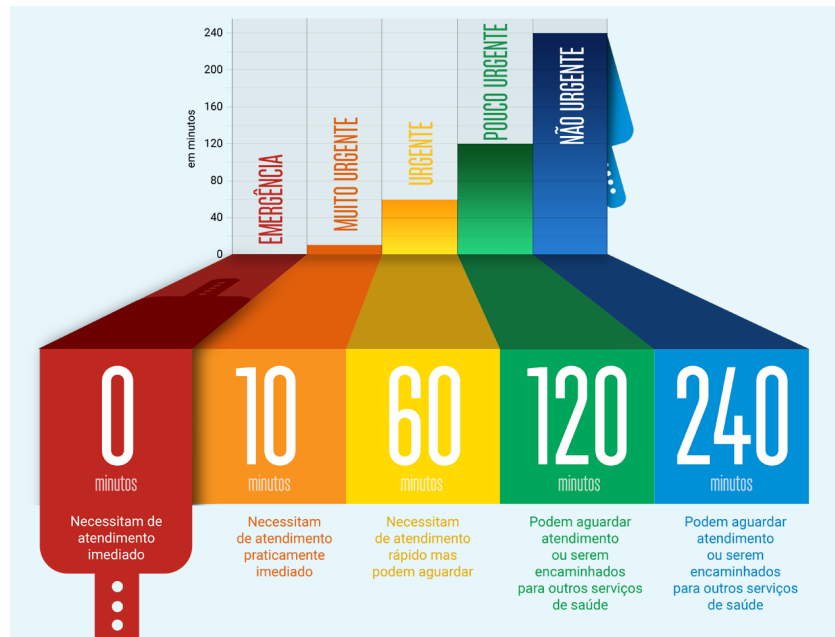


Figura 2 - Tempos alvos previstos de atendimento, para 5 cores da Triagem de Manchester.

Fonte: Grupo Português de Triagem de Manchester. Acedido em

http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

O seguimento deste processo sistemático, que é facilitado pela metodologia de triagem, permite que a análise do cliente seja executada de forma rápida e com segurança, para atribuição de uma prioridade clínica apropriada que guia a tomada de decisão (Grupo Português de Triagem de Manchester, 2010).

A operacionalização das variáveis de clínicas para o presente estudo encontram-se expostas na tabela 8.

Tabela 8 – Operacionalização das variáveis de clínicas.

Variáveis	Operacionalização	Critérios
Fluxograma	Dispneia	Os fluxogramas do STM foram agrupados, de acordo com a sua frequência, devido à sua frequência, houve necessidade de agrupar os fluxogramas relacionados com Trauma e com dor (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 123).
	Estado de inconsciência/síncope	
	Indisposição no adulto	
	Hemorragia gastro intestinal	
	Traumas (Grande Traumatismo, Queda e Traumatismo cranioencefálico – TCE)	
	Dor (Cefaleia, Dor abdominal e Dor torácica)	
	Outros (Convulsões, Corpo estranho, Diarreia e/ou vômitos, Problemas nos membros, Problemas urinários)	
Discriminador	SaO ₂ muito baixa Respiração ineficaz Alteração do estado de consciência de novo Pulso anormal Dor moderada Outros	Os discriminadores do STM foram agrupados, de acordo com a sua frequência, correspondendo o “outros” àqueles em se verificaram em menor número. (Grupo Português de Triagem, 2010).
Prioridade	Emergente Muito Urgente Urgente Pouco Urgente	Grupo Português de Triagem (2010, p. 22).
Área clínica	Medicina Interna Cirurgia Geral Medicina Geral e Familiar Cardiologia Nefrologia Neurocirurgia Ortopedia Gastroenterologia Hematologia Clínica Medicina intensiva	Corresponde à especialidade que fez a primeira avaliação médica.
Ativação da Via Verde	Sem ativação Via Verde Coronária Via Verde AVC	Foram apenas consideradas as VV existentes na instituição selecionada.
Realização de análises ao sangue	Sim Não	----
Realização de gasimetria	Sim Não	----
Realização de exames de imagem	Sim Não	----
ECG de 12 derivações	Sim Não	----
Administração de terapêutica durante a sua permanência no Serviço de Urgência	Sim Não	----
Contexto em que ocorreu a PCR	Extra-Hospitalar Intra-Hospitalar	Extra-hospitalar quando há registo de PCR antes da admissão no hospital e intra-hospitalar após a sua admissão.
Primeiro ritmo detetado, após PCR	Ritmo desfibrilhável Ritmo não desfibrilhável	Registo do primeiro ritmo detetado após a paragem cardiorrespiratória
Natureza do óbito	Doença aguda Doença crónica Trauma	---
Causa do óbito	Doenças do aparelho respiratório Doenças do aparelho circulatório Doenças do aparelho digestivo Tumores malignos Traumas Causa não definida/ desconhecida/ PCR Outras causas	As causas do óbito foram agrupadas tendo por base a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (2016).
Manobras de RCR	Manobras de SAV Cuidados Paliativos/Medidas de conforto/ONR Manobras SBV/SAV Pré-hospitalar - óbito à chegada Não há referência	---

Variáveis de saúde

Para classificação dos **valores de frequência cardíaca**, foram considerados os valores definidos pelo Grupo Português de Triagem de Manchester (2010, p. 173), que são os seguintes: bradicardia < 60 batimentos por minuto, taquicardia >120 batimentos por minuto ou arritmia de novo, ou que não se consiga negar como pré-existente.

A **temperatura**, tal como referido anteriormente, é um discriminador geral. Se a pele está muito quente ao tato diz-se que o cliente está muito quente, o que corresponde a uma temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica; se a pele estiver quente ao tato, diz-se que o cliente está quente, o que corresponde a uma temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ e $< 40,9^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica; um cliente com a pele ligeiramente quente corresponde ao discriminador febrícula/subfebril e corresponde a uma temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ e $> 38,4^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica (Grupo Português de Triagem de Manchester, 2010, p. 35) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Classificação dos valores de temperatura no adulto.

Temperatura do adulto	
Febrícula/subfebril	37,5 – 38,4 °C
Quente	38,5 – 39,8°C
Muito quente	$\geq 41,0^{\circ}\text{C}$

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem (p. 35)

A variação contínua dos **valores de pressão arterial**, diastólicos ou sistólicos, bem como a correlação direta entre a progressão destes valores e o aumento de risco de doença cérebro e cardiovascular, faz com que seja arbitrária a definição e a classificação numérica de hipertensão arterial. A DGS (2004), no âmbito da Circular Normativa nº: 2/DGCG, de 31 de março de 2004, adopta a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (1999) e certificada em 2003. O limiar para a hipertensão arterial deve ser considerado flexível, sendo mais ou menos elevado, dependendo do perfil de risco cardiovascular global de cada cliente (DGS, 2004, p. 1) (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Classificação dos valores de pressão arterial.

Pressão Arterial (mmHg)		
Sistólica	Diastólica	Categoria
< 130	< 85	Normal
130-139	85-89	Normal Limítrofe
140-159	90-99	Hipertensão Leve
160-179	100-109	Hipertensão Moderada
> 180	> 110	Hipertensão Severa
> ou= 210	> ou=120	Hipertensão Muito Severa

Fonte: Direção Geral de Saúde (2004). Circular Normativa nº: 2/DGS, 2004.

A avaliação da **dor** é uma parte integrante do processo de tomada de decisão, sendo um fator importante para a determinação da prioridade. O uso da dor como discriminador geral ao longo dos fluxogramas de apresentação reconhece este pressuposto e faz com que seja mais evidente que todas as avaliações de triagem devam compreender a avaliação da dor. Em termos gerais, o discriminador “dor severa” representa uma “dor intolerável, significativa e insuportável”; a “dor moderada” diz respeito a “uma dor intensa, significativa mas suportável”. Qualquer cliente com grau de dor inferior a estes descritos apresenta “dor ligeira que, se inferior a 7 dias e salvo se existirem outros discriminadores que sugiram uma priorização mais elevada, no mínimo implica a prioridade pouco urgente (verde)” Na prioridade pouco urgente (azul) são colocados que apresentem “dor ligeira” num tempo ≥ 7 dias (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 33).

São três os principais tipos de instrumento de avaliação da dor: Escala Descritiva Verbal (EDV), Escala Visual Analógica (EVA) e Instrumentos Comportamentais da Dor (ICD). A EDV consiste num determinado número de descritivos, por norma de 3 a 5, classificados por ordem numérica: “nenhum”, “ligeira”, “moderada” e “severa”. O correspondente valor numérico aumenta com a gravidade da dor. Para o profissional de saúde, é considerada “dor severa” a que é “significativa e insuportável” para o cliente (8-10 na Régua da Dor); é considerada “dor moderada” a que é “significativa, mas suportável” para o cliente (5-7 na Régua da Dor), a “dor ligeira” corresponde a todas as que não sejam incluídas nas anteriores (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 44).

A EVA consiste numa linha reta que apresenta vários níveis de dor através de expressões verbais fixas em extremidades (sem dor até a maior intensidade de dor que pode existir). Os clientes podem assinalar um ponto na linha, todavia, também podem acrescentar

descritivos por baixo da linha, para além das expressões nas extremidades, podendo a linha ser segmentada numericamente de modo a facilitar a classificação objectivando a avaliação e/ou comparação (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 45).

Os ICD foram desenvolvidos com base no pressuposto de que os clientes com dores revelam determinados comportamentos e alterações psicológicas. Estes instrumentos servem para medir: “resposta verbal, linguagem gestual, expressão facial, mudanças comportamentais, estados de consciência, alterações psicológicas” (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 45).

As queixas de dor podem, assim, ser avaliadas como queixa principal em fluxogramas próprios (fluxogramas de dor abdominal, cefaleia e dor torácica), ou como queixas secundárias, face ao uso da régua da dor (cf. figura 3), que auxilia a simplificação da sua avaliação.

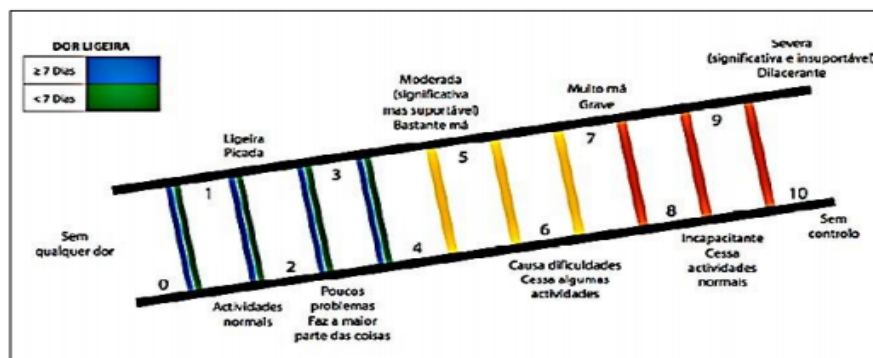


Figura 3 – Régua da dor.

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem (p. 47).

A régua da dor consiste num instrumento de avaliação da dor bem estabelecido, que parece prestar-se mais à sua utilização no serviço de urgência que outras alternativas. Ao usar-se a régua da dor consideram-se para efeitos da triagem: “dor severa entre 8-10, dor moderada entre 5-7 e dor ligeira entre 1-4, esta última independentemente da sua duração” (Grupo Português de Triagem, 2010, pp. 46-47).

A avaliação da dor requer perícia técnica. Na triagem existem restrições peculiares que espelham a natureza da urgência dos clientes e a falta de tempo para a sua avaliação. Contudo, procede-se a uma inclusão precisa da dor dos clientes numa das categorias (cf. figura 4).

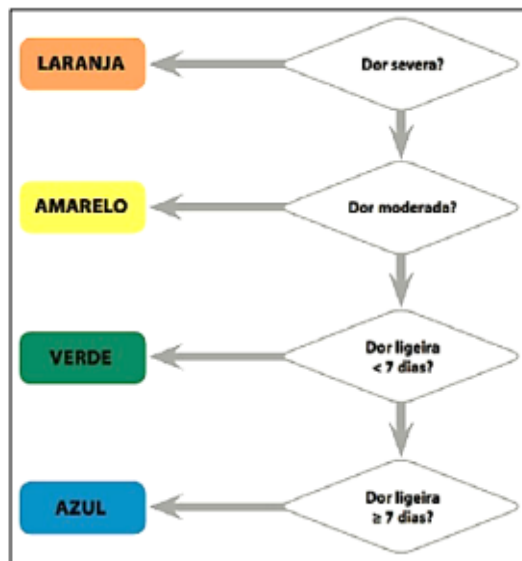


Figura 4- Avaliação da dor na triagem.

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem (p. 48).

No que se refere à **saturação de oxigénio** (SaO₂), uma saturação de <95% com ar atmosférico corresponde a SaO₂ baixa; uma saturação <95% com terapêutica O₂ suplementar ou <90% com ar atmosférico corresponde a SaO₂ muito baixa (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 123).

O Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester (2010, p. 119) apresenta um fluxograma concebido que categoriza os clientes em conformidade com os **valores de glicémia** (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Classificação dos valores de glicémia.

Classificação	Valores(mg/dl)
Hipoglicémia	Glicemia inferior a 55 mg/dl.
Hiperglicémia	Glicemia superior a 300 mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia superior a 200 mg/dl com cetonémia (ou cetonúria) ou sinais de acidose(respiração profunda, etc.).

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem (p. 119)

O **Índice de reatividade de Glasgow** (ECGlasgow) permite definir o nível de consciência face à observação do comportamento, baseando-se num valor numérico (Oliveira, Pereira & Freitas, 2014, p. 23) (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Índice de reatividade de Glasgow.

Parâmetros	Resposta Observada	Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz (comando verbal)	3
	À dor	2
	Ausente	1
	Não testável (NT) – Em doentes com edema ou hematoma que impossibilita a abertura dos olhos	
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras ou sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1
	Não testável (NT) – Em doentes intubados	
Melhor resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma resposta	1

Fonte: Oliveira, D.M.P., Pereira, C.U., & Freitas, Z.M.P. (2014). Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arq Bras Neurocir*; 33(1), 22-32. Acedido em <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf> (p. 23).

As variáveis de saúde, no presente trabalho, foram operacionalizados como se apresenta na tabela 13.

Tabela 13 – Operacionalização das variáveis de saúde.

Variáveis	Operacionalização	Crítérios
Avaliação de parâmetros vitais na triagem	Sim Não	—
Saturação de O₂ sem oxigénio	Saturação muito baixa ($\leq 89\%$) Saturação baixa (90-94%) Saturação normal ($\geq 95\%$)	Grupo Português de Triagem (2010, p. 123).
Saturação de O₂ com oxigénio	Saturação muito baixa ($< 94\%$) Saturação normal ($\geq 95\%$)	Grupo Português de Triagem (2010, p. 123).
Frequência cardíaca	Bradycardia (≤ 60 bat./min) Normal (61-119 bat./min) Taquicardia (≥ 120 bat./min)	Grupo Português de Triagem (2010, p. 173).
Pressão arterial	Hipotensão ($\leq 89/59$ mmHg) Normal (139-90 / 60-89 mmHg) Hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg)	Adaptado de Direção Geral de Saúde (2004). Circular Normativa n.º: 2/DGS, 2004.
Índice de	Coma (3-8)	Oliveira, Pereira & Freitas (2014) e Institute of Neurological

reatividade de Glasgow	Estupor (9-14) Normal (15)	Sciences NHS Glasgow and Cycle (2015).
Glicemia	Hipoglicemia (≤ 55 mg/dL) Glicemia normal (56-299 mg/dL) Hiperglicemia (≥ 300 mg/dL)	Grupo Português de Triagem (2010, p. 119).
Temperatura	Hipotermia ($\leq 35^{\circ}\text{C}$) Normal ($35,1-38,4^{\circ}\text{C}$) Hipertermia ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)	Grupo Português de Triagem (2010, p. 35).
Dor	Ligeira/Sem dor (0-4) Moderada (5-7) Severa (≥ 8)	Grupo Português de Triagem (2010, p. 47).

Características dos antecedentes Pessoais:

A operacionalização das características dos antecedentes pessoais foram operacionalizadas como descrito na tabela 14.

Tabela 14 – Operacionalização das características dos Antecedentes Pessoais.

Variáveis		Operacionalização	Critérios
Antecedentes patológicos pessoais		Com antecedentes pessoais Sem registo de Antecedentes pessoais	----
Fatores de risco cardiovascular (FRCV)		Sim Não	Direção-Geral da Saúde (2017).
FRCV	Hipertensão arterial	Sim Não	Direção-Geral da Saúde (2017).
	Diabetes Mellitus	Sim Não	Direção-Geral da Saúde (2017).
	Alterações lipídicas	Sim Não	Direção-Geral da Saúde (2017).
	Obesidade	Sim Não	Direção-Geral da Saúde (2017).
Toma de medicação habitual		Sim Não	----
Número de comprimidos efetuados no domicílio (pergunta aberta)		Não polimedicados /polimedicados menor (< 4 comprimidos /dia) Polimedicado (≥ 5 comprimidos /dia)	Adaptado de Masnoon, Shakib, Kalisch – Ellett & Caughey (2017).

3.3 - Considerações Éticas e integridade da investigação

O estudo integra o Projeto de investigação “**Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta**” que obteve autorização do Conselho de Administração e parecer favorável da Comissão de Ética da instituição selecionada como participante (cf. Anexo 1). O acesso aos dados pela equipa de investigação teve como compromisso: respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização de uma base de dados administrativa.

3.4 - Análise de dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria, achatamento e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson.

Para interpretar o coeficiente de variação utilizam-se os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro, 2014):

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que as variáveis não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Oscila entre menos um e mais um e quanto mais próximo destes valores maior a força de correlação. Por convenção, os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa

- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica e à estatística não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2014). Recorremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.5, tendo em conta o referido por Pestana e Gageiro (2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim o **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; a **Análise de variância a um fator (ANOVA)** e o **Teste de Kruskal-Wallis** para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa). Este teste é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2014). Se se verificarem diferenças estatísticas significativas deve usar-se os testes pós hoc para localizar os grupos onde se verificam essas diferenças; o **Teste de qui quadrado (χ^2)** permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de χ^2 , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 (2016) para Windows.

A apresentação dos resultados processa-se através de tabelas nas quais foi omitida a fonte por se tratar dum estudo transversal. No capítulo seguinte faz-se apresentação dos resultados obtidos.

4 - Resultados

Após caracterização da amostra utilizada no estudo, apresentam-se neste capítulo os resultados obtidos após tratamento dos dados. Deste modo, procede-se à apresentação dos resultados da estatística descritiva, seguindo-se os dados referentes à estatística inferencial, objetivando responder às questões de investigação e dar resposta aos objetivos inicialmente delineados.

Deste modo, apura-se que no **mês** de janeiro se registaram mais admissões de pessoas falecidas no SU (n=37; 14,8%), seguindo-se os meses de dezembro (n=32; 12,8%), novembro (n=24; 9,6%), fevereiro (n=23; 9,2%), abril (n=22; 8,8%) e março (n=20; 8,0%) (cf. tabela 15).

Tabela 15 - Admissão das pessoas que recorreram ao serviço de urgência em função dos meses do ano de 2017

Mês	n	%
janeiro	37	14,8
fevereiro	23	9,2
março	20	8,0
abril	22	8,8
maio	16	6,4
junho	17	6,8
julho	17	6,8
agosto	18	7,2
setembro	10	4,0
outubro	14	5,6
novembro	24	9,6
dezembro	32	12,8
Total	250	100,0

O **dia da semana** com mais entradas de pessoas falecidas no SU foi a segunda-feira (18,0%), seguindo-se o domingo (16,0%) e a sexta-feira (15,6%) (cf. tabela 16).

Tabela 16 – Admissão no serviço de urgência em função do dia da semana.

Dia da semana	n	%
Domingo	40	16,0
Segunda-feira	45	18,0
Terça-feira	37	14,8
Quarta-feira	30	12,0
Quinta-feira	25	10,0
Sexta-feira	39	15,6
Sábado	34	13,6
Total	250	100,0

A **origem** da maioria dos falecidos admitidos no SU, foi transportado pelos meios do INEM (76,4%), sendo a maioria dos **episódios** de urgência em 97,6%. (cf. tabela 17).

Tabela 17 - Origem e tipo de episódio da pessoa admitida no serviço de urgência/emergência.

Variáveis	n	%
Origem		
INEM	191	76.4
Exterior não especificado	27	10.8
Centro saúde	17	6.8
Hospital	11	4.4
Outros	4	1.6
Tipo de episódio		
Urgência	244	97.6
Internamento	6	2.4
Total	250	100.0

O **fluxograma** do Sistema de Triagem de Manchester, mais prevalente foi o de dispneia (46,8%), o que corresponde a 47,0% dos doentes do género masculino e a 53,0% do género feminino, seguindo-se o estado de inconsciência/síncope (22,0%), com uma percentagem de 43,6% de homens e 56,4% de mulheres, registando-se também 13,2% de casos de indisposição no adulto (homens 48,5% vs. Mulheres 51,5% (cf. tabela 18).

A **prioridade clínica** foi classificada de muito urgente, na maioria dos casos (46,2%), correspondendo a 40,9% dos homens e a 59,1% das mulheres, seguindo-se a atribuição da prioridade emergente (41,4%), fazendo parte deste grupo 49,5% dos homens e 50,5% das mulheres. Em 11,6% dos casos a prioridade atribuída foi de urgente (homens 51,7 vs. Mulheres 48,7%), apenas em 2 mulheres lhes foi atribuída a prioridade pouco urgente (cf. tabela 18).

A maioria dos doentes apresenta outros **discriminadores** (38,8%), dos quais 45,4% são homens e 54,6% mulheres, com um registo de 34,0% com saturação de oxigénio muito baixa, sendo 48,2% homens e 51,8% mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=11,984$; $p=0,035$), situadas entre as mulheres com nova alteração do estado de consciência e os homens com dor moderada (cf. tabela 18).

Apura-se que em grande parte da amostra (96,8%) não foi ativada a **Via Verde**, com registo de 3 casos (1,2%) em que foi ativada a Via Verde Coronária, o que corresponde a 1 homem (33,3%) e a 2 mulheres (66,7%). Foi ativada a Via Verde AVC para 3 mulheres (100,0%) (cf. tabela 18).

Tabela 18 – Variáveis clínicas em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais				
	n	%	n	%	n	%	1	2	χ^2	p	
Fluxograma da Triagem Manchester											
Dispneia	55	48.2	62	45.6	117	46.8	,4	-,4	3.923	0.561	
Estado de inconsciência/síncope	24	21.1	31	22.8	55	22.0	-,3	,3			
Indisposição no adulto	16	14.0	17	12.5	33	13.2	,4	-,4			
Traumas	3	2.6	9	6.6	12	4.8	-1,5	1,5			
Dor	9	7.9	6	4.4	15	6.0	1,2	-1,2			
Outros	7	6.1	11	8.1	18	7.2	-,6	,6			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
Prioridade											
Emergente	51	45.1	52	38.2	103	41.4	1.1	-1.1	n.a.	n.a.	
Muito Urgente	47	41.6	68	50.0	115	46.2	-1.3	1.3			
Urgente	15	13.3	14	10.3	29	11.6	,7	-,7			
Pouco Urgente	0	0.0	2	1.5	2	0.8					
Total	113	100.0	136	100.0	249	100.0					
Discriminador											
SaO ₂ muito baixa	41	36.0	44	32.4	85	34.0	,6	-,6	11.984	0.035	
Respiração ineficaz	17	14.9	20	14.7	37	14.8	,0	,0			
Alteração do estado de consciência de novo	2	1.8	12	8.8	14	5.6	-2.4	2.4			
Pulso anormal	3	2.6	6	4.4	9	3.6	-,8	,8			
Dor moderada	7	6.1	1	0.7	8	3.2	2.4	-2.4			
Outros discriminadores	44	38.6	53	39.0	97	38.8	-,1	,1			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
Ativação da Via Verde											
Sem ativação	112	99.1	129	94.9	241	96.8	1.9	-1.9	n.a.	n.a.	
Via Verde Coronária	1	0.9	2	1.5	3	1.2	-,4	,4			
Via Verde AVC	0	0.0	5	3.7	5	2.0	-2.1	2.1			
Total	113	100.0	136	100.0	249	100.0					

Variáveis de contexto:

As estatísticas referentes ao **tempo decorrido entre a admissão e a triagem** indicam, para o total da amostra, que o mínimo é 0 minutos e o máximo 123,00 minutos, com um valor médio de 10,04 minutos ($\pm 13,39$). Nos clientes do género masculino, o mínimo de tempo decorrido entre a admissão e a triagem foi de 0 minutos e o máximo de 52,00 minutos, com uma média de $9,83 \pm 10,13$ minutos. No caso dos clientes do género feminino, o mínimo de tempo decorrido foi de 0 minutos e o máximo 123,00, correspondendo-lhe uma média de $10,20 \pm 15,64$ minutos (cf. tabela 19).

Tabela 19 – Estatísticas relativas ao tempo que medeia entre a admissão e a triagem em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	114	0.00	52.00	9.83	10.13	103.05	7.71	22.15	-0.219	.827
Feminino	136	0.00	123.00	10.20	15.64	153.33	8.45	65.94		
Total	250	0.00	123.00	10.04	13.39	133.37	27.99	91.58		

As estatísticas relativas ao **tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica**, constata-se que, para o total da amostra, o mínimo é 0 minutos e o máximo 343,00 minutos, com um valor médio de 29,71 minutos ($\pm 58,64$). Nos clientes do género masculino, o mínimo de tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica foi de 0 minutos e o máximo de 311,00 minutos, com uma média de $29,33 \pm 53,62$ minutos. No caso dos clientes do género feminino, o mínimo de tempo decorrido foi de 0 minutos e o máximo 343,00, correspondendo-lhe uma média de $30,02 \pm 62,73$ minutos. No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,093$; $p=0,926$) (cf. tabela 20).

Tabela 20 – Estatísticas relativas ao tempo que medeia entre a triagem e a primeira avaliação médica em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	114	0.00	311.00	29.33	53.62	182.81	13.81	23.93		
Feminino	136	0.00	343.00	30.02	62.73	208.96	16.39	29.84	-0.093	0.926
Total	250	0.00	343.00	29.71	58.64	197.37	21.58	38.95		

No que diz respeito à **hora de admissão**, o maior percentual de pessoas admitidas no Serviço de Urgência foi entre as 8h-13h 59m (40,4%) sendo 38,6% homens e 61,4% mulheres, seguindo-se os que foram admitidos entre as 14h-19h 59m (26,6%), com 41,9% dos homens e 58,1% das mulheres, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8,474$; $p=0,037$), situadas entre as mulheres com admissão no Serviço de Urgência entre as 8h-13h 59m e os homens que deram entrada entre as 20h-23h 59m (cf. tabela 21).

Relativamente ao **tempo decorrido entre a admissão e a triagem**, verificou-se ainda que a maioria das pessoas falecidas (45,6%) esperaram menos ou 5 minutos pela triagem, com uma representatividade de 44,7% para o género masculino e 55,3% para o género feminino,

seguindo-se as que tiveram uma espera superior a 10 minutos (34,4%), correspondendo a 48,8% dos homens e 51,2% das mulheres (cf. tabela 21).

O cálculo do **tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica**, apura-se que a percentagem mais expressiva corresponde às pessoas com 1-10 minutos de espera (34,4%), fazendo parte deste grupo 43,0% dos homens e 57,0% das mulheres, seguindo-se as pessoas que tiveram um tempo de espera entre 11-30 minutos (23,6%), correspondendo a 44,1% dos homens e a 55,9% das mulheres. É ainda expressiva a percentagem correspondente aos falecidos cujo tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica foi 0 (zero) minutos (21,8%), com 44,2% de homens e 55,8% de mulheres (cf. tabela 21).

Tabela 21 – Variáveis clínicas em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	1	2	X ²	p
Hora de admissão										
8h-13h 59m	39	34.2	62	45.6	101	40.4	-1.8	1.8		
14h-19h 59m	31	27.2	43	31.6	74	29.6	-8	.8	8.474	0.037
20h-23h 59m	22	19.3	12	8.8	34	13.6	2.4	-2.4		
0h-7h 59m	22	19.3	19	14.0	41	16.4	1.1	-1.1		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
Tempo decorrido entre a admissão e a triagem										
≤ 5 minutos	51	44.7	63	46.3	114	45.6	-3	.3		
6-10 minutos	21	18.4	29	21.3	50	20.0	-6	.6	0.659	0.719
> 10 minutos	42	36.8	44	32.4	86	34.4	.7	-.7		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica										
0 minutos	23	20.2	29	21.3	52	20,8	-2	.2		
1-10 minutos	37	32.5	49	36.0	86	34,4	-6	.6		
11-30 minutos	26	22.8	33	24.3	59	23,6	-3	.3	4.344	0.361
31-60 minutos	13	11.4	6	4.4	19	7,6	2.1	-2.1		
≥61 minutos	15	13.2	19	14.0	34	13,6	-2	.2		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				

Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica *versus* prioridade clínica

Nos falecidos classificados com prioridade emergente, a maioria (40,8%) teve um tempo de 1-10 minutos entre a triagem e a primeira avaliação médica maioria, seguindo-se os casos com prioridade emergente e com tempo de espera de 0 minutos (39,8%). No grupo de pessoas com classificação muito urgente sobressaem os falecidos com 1-10 minutos entre a triagem e a primeira avaliação médica (36,2%), com 33,6% de tempo de espera entre os 11-30 minutos e também com prioridade muito urgente. Nos falecidos com classificação urgente, o percentual mais expressivo (62,1%) corresponde aos tiveram um tempo de espera até à primeira avaliação médica superior a 61 minutos, com 17,2% a terem um tempo de espera de 11-30 minutos. Com classificação pouco urgente apenas se registaram 2 casos e com um tempo de espera \geq 61 minutos (cf. tabela 22).

Tabela 22 – Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica *versus* prioridade clínica.

Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica	Emergente		Muito Urgente		Urgente		Pouco Urgente		Total		Residuais				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4	
Prioridade															
0 minutos	41	39,8	11	9,5	0	0,0	0	0,0	52	20,8	6,2	-4,1	-2,9	-7	
1-10 minutos	42	40,8	42	36,2	2	6,9	0	0,0	86	34,4	1,8	,6	-3,3	-1,0	
11-30 minutos	15	14,6	39	33,6	5	17,2	0	0,0	59	23,6	-2,8	3,5	-,9	-,8	
31-60 minutos	2	1,9	13	11,2	4	13,8	0	0,0	19	7,6	-2,8	2,0	1,3	-,4	
\geq 61 minutos	3	2,9	11	9,5	18	62,1	2	100,0	34	13,6	-4,1	-1,8	8,1	3,6	
Total	103	100,0	116	100,0	29	100,0	2	100,0	250	100,0					

Tempo de permanência no serviço de urgência

As estatísticas do **tempo de permanência** no SU revelam, para o total da amostra, um mínimo de 0 (zero minutos) e um máximo de 2197,00 minutos, com uma média de 289,99 \pm 348,06. Para o género masculino, um mínimo de 0 (zero) minutos e um máximo de 1394.00 minutos, e para o género feminino um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 (zero) minutos e 2197.00 minutos. Em média, as mulheres (M=327,02 \pm 376,80 minutos) tiveram um tempo de permanência no Serviço de Urgência superior ao dos homens (M=245,81 \pm 306,12 minutos). Todavia, não existem diferenças estatisticamente significativas ($t=-1,880$; $p=0,061$) (cf. tabela 23).

Tabela 23 – Estatísticas relativas ao tempo de permanência no serviço de urgência em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	114	0	1394,00	245,81	306,12	124,53	6,83	3,97	-1,880	0,061
Feminino	136	0	2197,00	327,02	376,80	115,22	8,07	9,59		
Total	250	0	2197,00	289,99	348,06	120,02	10,96	12,08		

O tempo de permanência no Serviço de Urgência mais prevalente corresponde a ≥ 361 minutos (30,8%), com 33,7% dos homens e 66,3% das mulheres, seguindo-se um tempo de permanência de 0 (zero) minutos (12,8%) (homens 53,1% vs. mulheres 46,9%), tendo 12,4% um tempo de permanência entre 121-240 minutos (homens 58,1% vs. mulheres 41,9%) (cf. tabela 24).

Tabela 24 - Tempo de permanência no serviço de urgência em função do género.

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais				
		N	%	N	%	N	%	1	2	χ^2	p	
Tempo de permanência no Serviço de Urgência												
0 minutos		17	14,9	15	11,0	32	12,8	,9	-,9			
1-10 minutos		12	10,5	14	10,3	26	10,4	,1	-,1			
11-30 minutos		11	9,6	8	5,9	19	7,6	1,1	-1,1			
31-60 minutos		7	6,1	9	6,6	16	6,4	-,2	,2			
61-120 minutos		7	6,1	12	8,8	19	7,6	-,8	,8	9,513	0,218	
121-240 minutos		18	15,8	13	9,6	31	12,4	1,5	-1,5			
241-360 minutos		16	14,0	14	10,3	30	12,0	,9	-,9			
≥ 361 minutos		26	22,8	51	37,5	77	30,8	-2,5	2,5			
Total		114	100,0	136	100,0	250	100,0					

No que diz respeito à **área clínica**, a grande maioria dos doentes foi avaliado pela primeira vez pela especialidade de Medicina Interna (86,0%) (cf. tabela 25).

Tabela 25 – Primeira especialidade de avaliação.

Área Clínica	n	%
Medicina Interna	215	86,0
Cirurgia Geral	12	4,8
Medicina Geral e Familiar	10	4,0
Cardiologia	3	1,2
Nefrologia	3	1,2
Neurocirurgia	2	,8
Ortopedia	2	,8
Gastroenterologia	1	,4
Hematologia Clínica	1	,4
Medicina Intensiva	1	,4
Total	250	100,0

Variáveis de saúde:**Saturação periférica de O₂ sem oxigenoterapia**

No total da amostra, atingiu-se um mínimo de 50 e um máximo de 100% de saturação periférica de oxigénio sem oxigenoterapia, ao que corresponde uma média de $86,58 \pm 7,98$. Nos homens, regista-se um mínimo e um máximo a oscilarem entre 50 e 100%, com uma média de $86,13 \pm 8,61$. Nas mulheres, o mínimo é 68% e o máximo 99%, correspondendo-lhe uma média de $87,00 \pm 7,44$. Porém, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,481$; $p=0,632$) (cf. tabela 26).

Tabela 26 – Estatísticas relativas aos valores saturação periférica de O₂ sem oxigenoterapia em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	38	50	100	86,13	8,61	9,99	-5,32	9,93	-0.481	0.632
Feminino	41	68	99	87,00	7,44	8,55	-1,98	0,66		
Total	79	50	100	86,58	7,98	9,21	-5,53	8,90		

Saturação periférica de O₂ com oxigenoterapia

As estatísticas relativas à saturação com oxigénio revelam, para o total da amostra, um mínimo de 60 e um máximo de 100%, com uma média de $88,05 \pm 8,34$. Para os doentes do género masculino, o mínimo e o máximo oscilam entre 73 e 100%, correspondendo-lhe uma média de $90,13 \pm 8,61$. Para os doentes do género feminino, o mínimo registado é 60 e o máximo 100%, com uma média de $86,63 \pm 9,26$, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=2,195$; $p=0,031$) (cf. tabela 27).

Tabela 27 – Estatísticas relativas aos valores de saturação periférica de O₂ com oxigenoterapia em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	39	73	100	90,13	6,34	7,03	-1,88	0,37	2,195	0,031
Feminino	57	60	100	86,63	9,26	10,68	-3,28	1,83		
Total	96	60	100	88,05	8,34	9,47	-4,65	3,50		

Frequência Cardíaca

As estatísticas relativas aos valores de frequência cardíaca revelam, para o total da amostra, um mínimo de 32 e um máximo de 186, correspondendo-lhe uma média de $98,95 \pm 27,83$. Para o género masculino, o mínimo é 50 e o máximo 186, para o género feminino, o mínimo e o máximo oscilam entre 32 e 170. As mulheres apresentam ($M=100,42 \pm 29,00$) um valor de frequência cardíaca superior aos homens ($M=96,82 \pm 26,12$), com coeficientes de variação a indicarem dispersão moderada face às médias encontradas, não se registando relevância estatisticamente significativas ($t=-0,776$; $p=0,439$) (cf. tabela 28).

Tabela 28 – Estatísticas relativas aos valores de frequência cardíaca em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	61	50	186	96,82	26,12	26,98	2,68	2,33	-0,776	0,439
Feminino	88	32	170	100,42	29,00	28,88	-0,06	-0,40		
Total	149	32	186	98,95	27,83	28,13	1,40	0,48		

Pressão Arterial

Em relação à pressão sistólica, constata-se um mínimo de 44 e um máximo de 240, com uma média de $109,80 \pm 34,06$. No género masculino, o mínimo é 44 e o máximo 240, no género feminino regista-se um mínimo e um máximo a oscilarem entre 50 e 199. Em média, as mulheres ($M=111,83 \pm 36,13$) revelam valores de pressão sistólica mais elevados do que os homens ($M=107,06 \pm 31,10$), sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,875$; $p=0,383$) (cf. tabela 29).

Tabela 29 – Estatísticas relativas aos valores de pressão arterial sistólica em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	65	44	240	107,06	31,10	29,05	5,15	8,21	-0,875	0,383
Feminino	88	50	199	111,83	36,13	32,31	2,12	-0,72		
Total	153	44	240	109,80	34,06	31,02	4,49	2,65		

Os valores da pressão diastólica registam um mínimo de 21 e um máximo de 160, correspondendo-lhe uma média de $63,69 \pm 19,02$. Quanto aos clientes do género masculino, o mínimo é 21 e o máximo 160, para os clientes do género feminino o mínimo é 23 e o

máximo 122. Em média, as mulheres ($M=64,80\pm 24,16$) apresentam valores de pressão diastólica ligeiramente mais elevados do que os homens ($M=62,18\pm 20,96$). No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,714$; $p=0,477$) (cf. tabela 30).

Tabela 30 – Estatísticas relativas aos valores de pressão arterial diastólica em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	65	21	160	62,18	20,96	33,71	5,38	11,65	-0,714	0,477
Feminino	88	23	122	64,80	24,16	37,28	1,96	-0,70		
Total	153	21	160	63,69	22,82	35,83	4,47	4,20		

Índice de Reatividade de Glasgow

As estatísticas referentes à escala de Glasgow, para o total da amostra, revelam um mínimo de 3 e um máximo de 15, correspondendo-lhe um valor médio de $6,53\pm 4,87$. Para as pessoas do género masculino, o mínimo é 3 e o máximo 15, com uma média de $6,36\pm 5,10$. Para os doentes do género feminino, o mínimo é 3 e o máximo 15, correspondendo-lhe uma média de $6,68\pm 4,67$. Mas, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,374$; $p=0,709$) (cf. tabela 31).

Tabela 31 – Estatísticas relativas ao Índice de reatividade de Glasgow em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	66	3	15	6,36	5,10	80,18	3,24	-1,74	-0,374	0,709
Feminino	71	3	15	6,68	4,67	69,91	2,88	-1,77		
Total	137	3	15	6,53	4,87	74,57	4,23	-2,84		

Glicemia

Os valores da glicemia revelam, para o total da amostra, um mínimo de 52 e um máximo de 500, com uma média de $197,77\pm 101,29$. Para os doentes do género masculino, o mínimo é 52 e o máximo 500, correspondendo-lhe uma média de $194,25\pm 107,89$. Para os doentes do género feminino, o mínimo é 62 e o máximo 500, com uma média de $200,62\pm 96,31$. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,349$; $p=0,728$) (cf. tabela 32).

Tabela 32 – Estatísticas relativas aos valores da glicemia em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	56	52	500	194,25	107,89	55,54	4,19	2,16	-0,349	0,728
Feminino	69	62	500	200,62	96,31	48,00	4,49	3,66		
Total	125	52	500	197,77	101,29	51,21	5,97	3,68		

Temperatura

As estatísticas relativas à temperatura revelam que as pessoas apresentaram uma temperatura mínima de 30,10°C e uma máxima de 42,20°C, ao que corresponde uma temperatura média de 36,33°C±1,67. Para o género masculino, a temperatura mínima apresentada foi de 30,10°C e a máxima de 42,20°C, enquanto para o feminino é de 32,60°C, sendo a máxima de 41,10°C. As pessoas do género feminino apresentaram, em média, temperatura mais elevada (M=36,52±1,60) que os do masculino (M= 36,10±1,74). Porém, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-1,519$; $p=0,131$) (cf. tabela 33).

Tabela 33 – Estatísticas relativas aos valores da temperatura em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	63	30,10	42,20	36,10	1,74	4,82	-0,73	6,08	-1,519	0,131
Feminino	77	32,60	41,10	36,52	1,60	4,38	0,17	1,96		
Total	140	30,10	42,20	36,33	1,67	4,60	-0,60	5,75		

Dor

As estatísticas relativas à dor indicam que as pessoas referiram uma dor mínima de 0 e uma máxima de 8, ao que corresponde uma dor média de 4,93±1,86. Para o género masculino a dor mínima referida foi de 0 e a máxima de 7, enquanto para o feminino foi de 3, sendo a máxima 8. As pessoas do género feminino referem, em média, ligeiramente mais dor (M=4,93±1,44) que as do masculino (M= 4,92±2,29). No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,008$; $p=0,994$) (cf. tabela 34).

Tabela 34 – Estatísticas relativas à dor em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	13	0	7	4,92	2,29	46,54	-2,85	1,83	-0,008	0,994
Feminino	14	3	8	4,93	1,44	29,21	1,15	0,15		
Total	27	0	8	4,93	1,86	37,73	-2,77	2,46		

Prevalecem os doentes a quem foram avaliados os **parâmetros vitais** durante a triagem (56,2%), dos quais 43,6% são do género masculino e 56,4% do feminino, enquanto em 43,8% não foram avaliados os parâmetros vitais durante a triagem (homens 47,7% vs. mulheres 52,3%) (cf. tabela 35).

No total da amostra, estão em maioria os doentes com **saturação de oxigénio (sem oxigenoterapia)** muito baixa (64,6%), fazendo parte deste grupo 49,0% dos doentes do género masculino e 51,0 % do género feminino, seguindo-se os que revelam saturação baixa (22,8%) (homens 50,0% vs. mulheres 50,0%) (cf. tabela 35).

No referente à **saturação de oxigénio com oxigenoterapia**, verifica-se que a maioria dos doentes (79,2%) apresentava saturação muito baixa, onde se incluem 38,2% dos homens e 61,8% das mulheres, enquanto 20,8% tinha saturação normal (homens 50,0% vs. mulheres 50,0%) (cf. tabela 35).

Quanto à **frequência cardíaca**, a maioria dos doentes apresentava-se normal (71,1%), sendo 44,3% homens e 55,7% mulheres, tendo 22,1% apresentado taquicardia, com prevalência das mulheres (66,7%) (cf. tabela 35).

A maioria dos doentes apresentava uma **pressão arterial** normal (56,9%), sendo 49,4% do género masculino e 50,6% do género feminino, com 24,2% em hipotensão (homens 37,8% vs. mulheres 62,2%) (cf. tabela 35).

Em conformidade com os resultados obtidos no **Índice de reatividade de Glasgow**, constata-se que a maioria dos doentes estava em coma (70,1%), o que corresponde a 47,2% dos homens e a 52,1% das mulheres. Apura-se também que 16,1% dos doentes apresentava estupor, com maior expressividade para as mulheres (59,1%), enquanto 57,9% dos homens encontrava-se normal (cf. tabela 35).

Verifica-se que quase a totalidade da amostra (82,4%) apresentava valores de **glicemia** normal, incluindo-se neste grupo 42,7% dos homens e 57,3% das mulheres, enquanto 16,0% apresentava hiperglicemia (homens 50,0% vs. mulheres 50,0%) (cf. tabela 35).

Mais de metade da amostra (76,4%) apresentava **temperatura** normal, correspondendo a 43,9% dos homens e a 56,1% das mulheres, com 17,9% dos doentes em hipotermia (homens 56,0% vs. mulheres 44,0%) (cf. tabela 35).

Os resultados em relação à **dor** indicam que mais de metade da amostra (66,7%) apresentava dor de intensidade moderada, dos quais 61,1% são homens e 38,9% mulheres, tendo 29,6% intensidade de dor ligeira/sem dor (homens 25,0% vs. mulheres 75,0%) (cf. tabela 35).

Tabela 35 – Variáveis de saúde em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	1	2	χ^2	p
Avaliação dos parâmetros vitais na triagem										
Sim	61	54.0	79	58.1	140	56.2	-.7	.7	0.423	0.516
Não	52	46.0	57	41.9	109	43.8	.7	-.7		
Total	113	100.0	136	100.0	249	100.0				
Saturação de O₂ sem oxigénio										
Saturação muito baixa ($\leq 89\%$)	25	65.8	26	63.4	51	64.6	.2	-.2	0.306	0.858
Saturação baixa (90-94%)	9	23.7	9	22.0	18	22.8	.2	-.2		
Saturação normal ($\geq 95\%$)	4	10.5	6	14.6	10	12.7	-.5	.5		
Total	38	100.0	41	100.0	79	100.0				
Saturação de O₂ com oxigénio										
Saturação muito baixa ($<94\%$)	29	74.4	47	82.5	76	79.2	-1,0	1,0	0.921	0.337
Saturação normal ($\geq 95\%$)	10	25.6	10	17.5	20	20.8	1,0	-1,0		
Total	39	100.0	57	100.0	96	100.0				
Frequência cardíaca										
Bradicardia (≤ 60 bat./min)	3	4,9	7	8,0	10	6,7	-.7	.7	1,791	0.408
Normal (61-119 bat./min)	47	77,0	59	67,0	106	71,1	1,3	-1,3		
Taquicardia (≥ 120 bat./min)	11	18,0	22	25,0	33	22,1				
Total	61	100.0	88	100.0	149	100.0				
Pressão arterial										
Hipotensão ($\leq 89/59$ mmHg)	14	21,5	23	26,1	37	24,2	-.7	.7	4,67	0.096
Normal (139-90 / 60-89 mmHg)	43	66,2	44	50,0	87	56,9	2,0	-2,0		
Hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg)	8	12,3	21	23,9	29	19,0	-1,8	1,8		
Total	65	100.0	88	100.0	153	100.0				
Índice de reatividade de Glasgow										
Coma (3-8)	46	69,7	50	70,4	96	70,1	-.1	.1	1.187	0.552
Estupor (9-14)	9	13,6	13	18,3	22	16,1	-.7	.7		
Normal (15)	11	16,7	8	11,3	19	13,9	.9	-.9		
Total	66	100.0	71	100.0	137	100.0				
Glicemia										
Hipoglicemia (≤ 55 mg/dL)	2	3,6	0	0,0	2	1,6	1,6	-1,6	n.a.	n.a.
Glicemia normal (56-299 mg/dL)	44	78,6	59	85,5	103	82,4	-1,0	1,0		

Hiperglicemia (≥ 300 mg/dL)	10	17.9	10	14.5	20	16.0	,5	-,5		
Total	55	100.0	69	100.0	125	100.0				
Temperatura										
Hipotermia ($\leq 35^{\circ}\text{C}$)	14	22.2	11	14.3	25	17.9	1.2	-1.2		
Normal (35,1 – 38,4 $^{\circ}\text{C}$)	47	74.6	60	77.9	107	76.4	-.5	.5	2.565	0.277
Hipertermia ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)	2	3.2	6	7.8	8	5.7	-1.2	1.2		
Total	63	100.0	77	100.0	140	100.0				
Dor										
Ligeira/Sem dor (0-4)	2	15.4	6	42.9	8	29.6	-1.6	1.6		
Moderada (5-7)	11	84.6	7	50.0	18	66.7	1.9	-1.9	3.857	0.145
Severa (≥ 8)	0	0.0	1	7.1	1	3.7	-1.0	1.0		
Total	13	100.0	14	100.0	27	100.0				

Variáveis Clínicas:

Na grande maioria dos casos (71,6%) a **PCR** ocorreu em contexto intra-hospitalar, em 43,6% de doentes do género masculino e 56,4% do género feminino, tendo ocorrido em 28,4% dos casos a PCR em contexto extra-hospitalar (homens 50,7% vs. mulheres 49,3%) (cf. tabela 36).

Após a PCR, o **primeiro ritmo detetado** com maior expressividade foi o ritmo não desfibrilhável (89,7%), fazendo parte deste grupo 65,4% dos homens e 34,6% das mulheres (cf. tabela 36).

Foram efetuadas **manobras de RCR**, na maioria dos casos (55,6%), como medidas de conforto/ cuidados paliativos/ordem de não reanimação, comum a 38,1% dos homens e a 61,9% das mulheres. É de salientar ainda que em 26,0% dos casos foram realizadas manobras de suporte básico de vida/suporte avançado de vida em contexto pré-hospitalar, com o óbito à chegada do SU, o que ocorreu em 52,3% dos homens e em 47,7% das mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8,565$; $p=0,036$) (cf. tabela 36).

Realizaram **exames complementares de diagnóstico** durante o período de permanência no Serviço de Urgência da seguinte tipologia: 54,8% análise ao sangue (homens 45,3% vs. mulheres 54,7%), 50,0% realizaram gasimetria, com 44,8% dos homens e 55,2% das mulheres, 50,8% exames de imagem (masculino 43,3% vs. feminino 56,7%), tendo 29,2% efetuado ECG de 12 variações (masculino 41,1% vs. feminino 58,9%) (cf. tabela 36).

A **administração de terapêutica** durante a permanência no Serviço de Urgência ocorreu em 62,0% dos doentes, correspondendo a 44,5% dos doentes do género masculino e a 55,5% do género feminino (cf. tabela 36).

Tabela 36 – Variáveis clínicas em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais				
	N	%	N	%	N	%	1	2	χ^2	p	
Contexto em que ocorreu a PCR											
Extra-Hospitalar	36	31.6	35	25.7	71	28.4	1.0	-1.0	1.041	0.307	
Intra-Hospitalar	78	68.4	101	74.3	179	71.6	-1.0	1.0			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
Primeiro ritmo detetado, após PCR											
Ritmo desfibrilhável	4	10.5	2	10.0	6	10.3	.1	-.1	n.a.	n.a.	
Ritmo não desfibrilhável	34	89.5	18	90.0	52	89.7	-.1	.1			
Total	38	100.0	20	100.0	58	100.0					
Manobras de RCR											
Manobras de SAV	17	14.9	9	6.6	26	10.4	2.1	-2.1			
Cuidados Paliativos/Medidas de conforto/ONR	53	46.5	86	63.2	139	55.6	-2.7	2.7	8.565	0.036	
Manobras SBV/SAV Pré-hospitalar - óbito à chegada	34	29.8	31	22.8	65	26.0	1.3	-1.3			
Não há referência	10	8.8	10	7.4	20	8.0	.4	-.4			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
Realização de análises ao sangue											
Sim	62	54.4	75	55.1	137	54.8	-.1	.1	0.015	0.904	
Não	52	45.6	61	44.9	113	45.2	.1	-.1			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
Realização de gasimetria											
Sim	56	49.1	69	50.7	125	50.0	-.3	.3			
Não	58	50.9	67	49.3	125	50.0	.3	-.3	0.064	0.800	
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
Realização de exames de imagem											
Sim	55	48.2	72	52.9	127	50.8	-.7	.7	0.547	0.460	
Não	59	51.8	64	47.1	123	49.2	.7	-.7			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
ECG de 12 derivações											
Sim	30	26.3	43	31.6	73	29.2	-.9	.9	0.843	0.358	
Não	84	73.7	93	68.4	177	70.8	.9	-.9			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					
Administração de terapêutica durante a sua permanência no Serviço de Urgência											
Sim	69	60.5	86	63.2	155	62.0	-.4	.4	0.193	0.660	
Não	45	39.5	50	36.8	95	38.0	.4	-.4			
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0					

O **dia da semana** em que houve mais óbitos foi na segunda-feira com 21,2% dos casos, representando 52,8% dos clientes do género masculino e 47,2% do género feminino. Seguem-se os sábados, com uma casuística de 15,2% (homens 47,4% vs. mulheres 52,6%), as quartas-feiras com registo de 14,8% de casos (homens 45,9% vs. 54,1 mulheres %) e as sextas-feiras, onde a percentagem de óbitos é de 14,0% (homens 37,1% vs. mulheres 62,9%) (cf. tabela 37).

Foi no **mês** de janeiro que se registaram mais óbitos (14,8%), representando 40,5% dos clientes do género masculino e 59,5% do género feminino. Segue-se o mês de dezembro, com uma casuística de 12,8% (homens 53,1% vs. mulheres 46,9%), e o mês de novembro, onde a percentagem de óbitos é de 9,6% (homens 50,0% vs. mulheres 50,0%) (cf. tabela 37).

A **natureza do óbito** mais prevalente foi a “doença aguda” (69,2%), o que corresponde a 46,2% dos doentes do género masculino e a 53,8% do género feminino, seguindo-se a morte por doença crónica (25,2%), com 49,2% de homens e 50,8% de mulheres, e por último as situações de trauma (5,6%) (cf. tabela 37).

A **autópsia** apenas foi realizada em 16,8% dos casos, com uma percentagem de 50,0% de homens e 50,0% de mulheres (cf. tabela 37).

Tabela 37 – Variáveis de contexto em função do género.

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	n	%	%	n	%	1	2	χ^2	p	
Natureza do óbito										
Doença Aguda	80	70.2	93	68.4	173	69.2	,3	-,3	3.656	0,161
Doença Crónica	31	27.2	32	23.5	63	25.2	,7	-,7		
Trauma	3	2.6	11	8.1	14	5.6	-1,9	1,9		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
Mês da ocorrência do óbito										
janeiro	15	13.2	22	16.2	37	14.8	-,7	,7		
fevereiro	8	7.0	14	10.3	22	8.8	-,9	,9		
março	10	8.8	10	7.4	20	8.0	,4	-,4		
abril	9	7.9	14	10.3	23	9.2	-,7	,7		
maio	4	3.5	12	8.8	16	6.4	-1,7	1,7		
junho	8	7.0	9	6.6	17	6.8	,1	-,1	7.319	0.773
julho	9	7.9	8	5.9	17	6.8	,6	-,6		
agosto	8	7.0	10	7.4	18	7.2	-,1	,1		
setembro	6	5.3	4	2.9	10	4.0	,9	-,9		
outubro	8	7.0	6	4.4	14	5.6	,9	-,9		
novembro	12	10.5	12	8.8	24	9.6	,5	-,5		
dezembro	17	14.9	15	11.0	32	12.8	,9	-,9		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
Dia do óbito										
Domingo	15	13.2	19	14.0	34	13.6	,0	,0		
Segunda-feira	28	24.6	25	18.4	53	21.2	1.2	-1.2		
Terça-feira	13	11.4	18	13.2	31	12.4	-,6	,6		
Quarta-feira	17	14.9	20	14.7	37	14.8	,0	,0	2.374	0.882
Quinta-feira	10	8.8	12	8.8	22	8.8	,0	,0		
Sexta-feira	13	11.4	22	16.2	35	14.0	-1.1	1.1		
Sábado	18	15.8	20	14.7	38	15.2	,2	-,2		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
Autópsia										
Sim	21	18.4	21	15.4	42	16.8	,6	-,6	0.394	0.530
Não	93	81.6	115	84.6	208	83.2	-,6	,6		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				

As **causas do óbito** mais prevalentes foram as doenças do aparelho respiratório (32,4%), com 34,6% dos homens e 65,4% das mulheres, seguindo-se a causa não definida/desconhecida/PCR (18,8%) (homens 59,6% vs. mulheres 40,4%). Há ainda a referir que 14,8% das pessoas faleceram por doenças do aparelho circulatório (homens 32,4% vs. mulheres 67,6%). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($X^2=20,187$; $p=0,003$), situadas entre as pessoas falecidas do género feminino com causa de óbito as doenças do aparelho respiratório, e os falecidos do género masculino, cuja

causa de óbito foram os tumores malignos e a causa não definida/desconhecida/PCR (cf. tabela 38).

Tabela 38 - Causas de óbito em função do género.

Género Causas de Óbito	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	1	2	χ^2	p
Doenças do aparelho respiratório	28	24,6	53	39,0	81	32,4	-2,4	2,4		
Doenças do aparelho circulatório	12	10,5	25	18,4	37	14,8	-1,7	1,7		
Doenças do aparelho digestivo	13	11,4	8	5,9	21	8,4	1,6	-1,6		
Tumores malignos	18	15,8	9	6,6	27	10,8	2,3	-2,3		
Traumas	3	2,6	10	7,4	13	5,2	-1,7	1,7	20,187	0,003
Causa não definida/desconhecida/PCR	28	24,6	19	14,0	47	18,8	2,1	-2,1		
Outras causas	12	10,5	12	8,8	24	9,6	,5	-,5		
Total	114	100	136	100	250	100				

Os resultados das causas do óbito em função da idade indicam que a maioria das pessoas faleceram por doenças do aparelho respiratório (32,4%), com 9,1% de pessoas com idade ≤ 70 anos e 90,1% com idade > 70 anos. Verifica-se que 18,8% faleceram por causa não definida/desconhecida/PCR (18,8%) (≤ 70 anos 25,5% vs. > 70 anos 74,5%) e 14,8% faleceram por doenças do aparelho circulatório (≤ 70 anos 13,5% vs. > 70 anos 86,5%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=16,308$; $p=0,012$), situadas entre os clientes com mais idade (> 70 anos) cuja causa de óbito foram as doenças do aparelho respiratório, e nos mais jovens (≤ 70 anos) com tumores malignos (cf. tabela 39).

Tabela 39 - Causas de óbito em função da idade.

Idade Causas de Óbito	≤ 70 anos		> 70 anos		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	1	2	χ^2	p
Doenças do aparelho respiratório	8	17,8	73	35,6	81	32,4	-2,3	2,3		
Doenças do aparelho circulatório	5	11,1	32	15,6	37	14,8	-,8	,8		
Doenças do aparelho digestivo	3	6,7	8	8,8	21	8,4	-,5	,5		
Tumores malignos	11	24,4	16	7,8	27	10,8	3,3	-3,3		
Traumas	3	6,7	10	4,9	13	5,2	,5	-,5	16,308	0,012
Causa não definida/desconhecida/PCR	12	26,6	35	17,1	47	18,8	1,5	-1,5		
Outras causas	3	6,7	21	10,2	24	9,6	-,7	,7		
Total	45	100	205	100	250	100				

Características dos antecedentes pessoais:

Terapêutica (número de medicamentos) efetuados no domicílio

Dos 180 doentes que tomavam medicação habitualmente, regista-se uma média de $7,67 \pm 3,59$ comprimidos, com um mínimo de 1 e um máximo de 21. Nos homens, o mínimo e o máximo de comprimidos habituais oscilam entre 1-16, correspondendo-lhe uma média de $7,58 \pm 3,82$ comprimidos. Nas mulheres, o mínimo é 1 e o máximo 21 comprimidos, com uma média de $7,74 \pm 3,42$ comprimidos. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,292$; $p=0,770$) (cf. tabela 40).

Tabela 40– Estatísticas relativas à terapêutica (nº de medicamentos) efetuados no domicílio em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	78	1	16	7,58	3,82	50,39	0,95	-1,53	-0,292	0,770
Feminino	102	1	21	7,74	3,42	44,18	2,95	3,29		
Total	180	1	21	7,67	3,59	46,80	2,58	0,79		

Apura-se que a grande maioria das pessoas tinha **antecedentes patológicos pessoais** (88,8%), com uma representatividade de 45,9% de homens e 54,1% de mulheres (cf. tabela 41).

Os **fatores de risco cardiovascular** estavam presentes em 52,4% das pessoas, fazendo parte deste grupo 47,3 % dos homens e 52,7% das mulheres, enquanto 47,6% não tinham fatores de risco cardiovasculares (homens 43,7% vs. mulheres 56,3%) (cf. tabela 41).

Dos 131 doentes com fatores de risco cardiovascular, a grande maioria tinha **hipertensão arterial** (82,4%) (homens 43,5% vs. mulheres 56,5%). Verifica-se que 53,4% não tinham **diabetes mellitus** (homens 42,9% vs. mulheres 57,1%), contrariamente a 46,6% que sofria desta patologia (homens 52,5% vs. mulheres 47,5%). A maioria dos doentes não tinha **alterações lipídicas** (72,5%), correspondendo a 46,3% dos homens e a 53,7% das mulheres, com 27,5% a terem alterações (homens 50,0% vs. mulheres 50,0%). No que diz respeito à **obesidade**, a grande maioria dos doentes não sofria da mesma (94,7%), com apenas 5,3% a sofrerem de obesidade (homens 57,1% vs. mulheres 42,9%) (cf. tabela 41).

Tomavam **medicação habitual** 72,0% das pessoas, correspondendo a 43,33% dos homens e a 56,67% das mulheres. Ainda neste âmbito, dos doentes que tomavam medicação habitualmente, a grande maioria (79,1%) estava polimedicada, o que é comum a 40,3% dos homens e a 59,7% das mulheres (cf. tabela 41).

Tabela 41 – Características dos antecedentes pessoais em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	1	2	χ^2	p
Antecedentes patológicos pessoais										
Com antecedentes pessoais	102	89.5	120	88.2	222	88.8	.3	-.3	0.096	0.757
Sem registo	12	10.5	16	11.8	28	11.2	-.3	.3		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
Fatores de risco cardiovasculares										
Sim	62	54.4	69	50.7	131	52.4	.6	-.6	0.331	0.565
Não	52	45.6	67	49.3	119	47.6	-.6	.6		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
Hipertensão arterial										
Sim	47	75.8	61	88.4	108	82.4	-1.9	1.9	3.581	0.058
Não	15	24.2	8	11.6	23	17.6	1.9	-1.9		
Total	62	100.0	69	100.0	131	100.0				
Diabetes mellitus										
Sim	32	51.6	29	42.0	61	46.6	1.1	-1.1	1.206	0.272
Não	30	48.4	40	58.0	70	53.4	-1.1	1.1		
Total	62	100.0	69	100.0	131	100.0				
Alterações lipídicas										
Sim	18	29.0	18	26.1	36	27.5	.4	-.4	0.142	0.706
Não	44	71.0	51	73.9	95	72.5	-.4	.4		
Total	62	100.0	69	100.0	131	100.0				
Obesidade										
Sim	4	6.5	3	4.3	7	5.3	.5	-.5	n.a.	n.a.
Não	58	93.5	66	95.7	124	94.7	-.5	.5		
Total	62	100.0	69	100.0	131	100.0				
Toma de medicação habitual										
Sim	78	68.4	102	75.0	180	72.0	-1.2	1.2	n.a.	n.a.
Não	36	31.6	34	25.0	70	28.0	1.2	-1.2		
Total	114	100.0	136	100.0	250	100.0				
N.º de comprimidos efetuados no domicílio										
Não polimedicados/polimedicados menor (<4 comprimidos/dia)	22	27.5	16	15.7	38	20.9	1.9	-1.9	3.788	0.066
Polimedicado (≥5 comprimidos/dia)	58	72.5	86	84.3	144	79.1	-1.9	1.9		
Total	80	100.0	102	100.0	182	100.0				

Tempo de permanência versus variáveis sociodemográficas, de contexto e variáveis clínicas

Constata-se que os falecidos do género feminino (M=327,02±376,80) tiveram um tempo de permanência no serviço de urgência superior aos do género masculino, mas sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 42).

Tabela 42 – Relação entre o tempo de permanência no SU e o gênero.

Gênero	Média	Dp	t	p
Masculino	245,81	306,12	-1,846	0,066
Feminino	327,02	376,80		

A relação do tempo de permanência no SU em função da idade indica que os falecidos com idade ≥ 80 anos foram os que tiveram um tempo de permanência superior (OM=130,79 minutos), secundados pelas pessoas com 71-79 de idade com tempo de permanência de 124,93 minutos, todavia não há relevância estatística entre os grupos (cf. tabela 43).

Tabela 43 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a idade.

Idade	OM	χ^2	p
< 65 anos	106,27	3,801	0,284
65-70 anos	110,10		
71-79 anos	124,93		
≥ 80 anos	130,79		

Os resultados mostram que os falecidos que foram admitidos no serviço de urgência entre a 0h e as 7h 59m são os que permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=155,41 minutos), seguindo-se os que foram admitidos entre as 20h e as 23h 29m (OM=134,53 minutos), por outro lado, os que permaneceram menos tempo foram os admitidos entre as 14h e as 19h e 59 minutos, com relevância estatisticamente significativa ($p=0,017$) (cf. tabela 44).

Tabela 44 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a hora de admissão.

Hora de admissão no serviço de urgência	OM	χ^2	p
8h-13h59m	116,83	10,138	0,017
14h-19h 59m	116,61		
20h-23h 59m	134,53		
0h-7h 59m	155,41		

Quanto à relação entre o tempo de permanência no serviço de urgência e o tempo entre a admissão e a triagem, constata-se, através da aplicação do Teste de *Kruskal-Wallis*, que as

peças com mais tempo entre a admissão e a primeira triagem (>10 minutos) permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=141,88 minutos), sendo as peças com menor tempo decorrido entre a admissão e a primeira triagem (≤ 5 minutos) as que permaneceram menos tempo no serviço de urgência (OM=127,27 minutos), com relevância estatisticamente significativa ($p=0,001$) (cf. tabela 45).

Tabela 45 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU vs. tempo entre a admissão e a triagem.

Tempo entre a admissão e a primeira triagem	OM	χ^2	p
≤ 5 minutos	107,27	13,398	0,001
6-10 minutos	138,88		
> 10 minutos	141,88		

Verifica-se que as peças falecidas com um tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica ≥ 61 minutos são os que permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=168,19 minutos), secundados pelos que o tempo de triagem até à primeira observação médica foi entre 31-60 minutos (OM=162,51 minutos) e as peças com zero minutos de tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica foram os que permaneceram menos tempo (OM=75,50 minutos), com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0.000$) (cf. tabela 46).

Tabela 46 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU vs. tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica.

Tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica	OM	χ^2	p
0 minutos	75,50	48,917	0,000
1-10 minutos	115,55		
11-30 minutos	147,51		
31-60 minutos	162,63		
≥ 61 minutos	168,19		

A relação entre o fluxograma e o tempo de permanência serviço de urgência das peças que faleceram indica que são as peças em que foram selecionados outros

fluxogramas as que permaneceram mais tempo no serviço (OM=183,39 minutos), seguindo-se as pessoas com o fluxograma de dor (OM=182,07 minutos), tendo sido as pessoas em estado de inconsciência/síncope as que permaneceram menos tempo (OM=60,00 minutos), com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,000$) (cf. tabela 47).

Tabela 47 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e o fluxograma.

Fluxograma	OM	χ^2	p
Dispneia	143,38	76,397	0,000
Estado inconsciência/ síncope	60,00		
Indisposição	106,52		
Traumas	146,08		
Dor	182,07		
Outros	183,39		

As pessoas falecidas com dor moderada como discriminador foram as que permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=209,31 minutos), secundadas pelas que apresentavam pulso anormal (OM=183,11 minutos), sendo as com respiração ineficaz as que permaneceram menos tempo (OM=94,73 minutos), resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) (cf. tabela 48).

Tabela 48 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e o discriminador.

Discriminador	OM	χ^2	p
SaO ₂ muito baixa	154,12	66,285	0,000
Respiração ineficaz	94,73		
Alteração estado consciência de novo	181,96		
Pulso anormal	183,11		
Dor moderada	209,31		
Outros discriminadores	91,75		

Afere-se que as pessoas falecidas classificadas com prioridade pouco urgente foram as que permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=201,00 minutos) e as que tiveram menos tempo de permanência foram as classificadas com prioridade emergente (OM=68,73 minutos), com relevância estatisticamente significativa ($p=0,000$) (cf. tabela 49).

Tabela 49 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a prioridade clínica atribuída.

Prioridade	OM	χ^2	p
Emergente	68,73	108,982	0,000
Muito Urgente	160,55		
Urgente	181,72		
Pouco Urgente	201,00		

Tempo de permanência versus variáveis de saúde

As pessoas falecidas com frequência cardíaca normal permaneceram, mais tempo no serviço de urgência (OM=131,88 minutos), sendo as que se apresentavam com bradicardia aquelas com menor tempo de permanência (OM=52,73 minutos), com diferenças estatisticamente significativas (p=0,000) (cf. tabela 50).

Tabela 50 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a frequência cardíaca.

Frequência cardíaca	OM	χ^2	p
Bradicardia	52,73	107,494	0,000
Normal	147,99		
Taquicardia	131,88		

Constata-se que as pessoas falecidas com hipertermia permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=77,81 minutos), sendo as que apresentavam hipotermia aquelas têm menor tempo de permanência (OM=68,46 minutos), mas sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos (cf. tabela 51).

Tabela 51 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a temperatura.

Temperatura	OM	χ^2	p
Hipotermia	68,46	0,324	0,851
Normal	70,43		
Hipertermia	77,81		

As pessoas falecidas com hipertensão permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=86,66 minutos) e as que permaneceram menos tempo foram as hipotensas (OM=67,86 minutos), todavia, sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos (cf. tabela 52).

Tabela 52 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e a pressão arterial.

Pressão Arterial	OM	χ^2	p
Hipotensão	67,86	2,969	0,227
Normal	77,67		
Hipertensão	86,66		

Verifica-se que as pessoas falecidas com dor moderada permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=14,61 minutos) e as que permaneceram menos tempo aquelas que apresentavam dor ligeira/sem dor (OM=11,00 minutos), sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 53).

Tabela 53 – Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e a dor.

Dor	OM	UMW	p
Ligeira/sem dor	11,00	52,000	0,285
Moderada	14,61		

Constata-se que as pessoas falecidas com saturação periférica baixa de O₂ sem oxigenoterapia permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=50,69 minutos), sendo as que apresentavam saturação periférica muito baixa de O₂ sem oxigenoterapia as que permaneceram no serviço menos tempo (OM=35,53 minutos), com diferenças estatisticamente significativas (p=0,048) (cf. tabela 54).

Tabela 54 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e saturação periférica de O₂ sem oxigenoterapia.

Saturação periférica de O₂ sem oxigenoterapia	OM	χ^2	p
Saturação muito baixa	35,53	6,084	0,048
Saturação baixa	50,69		
Saturação normal	43,55		

As pessoas falecidas com saturação periférica de O₂ com oxigenoterapia apresentando valores considerados normais permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=49,13 minutos), sendo as que apresentavam saturação periférica de O₂ muito baixa as que permaneceram no serviço menos tempo (OM=48,34 minutos), mas sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 55).

Tabela 55 – Teste de U de Mann-Whitney o tempo de permanência no SU e saturação periférica de O₂ com oxigenoterapia.

Saturação periférica de O ₂ com oxigenoterapia	OM	UMW	p
Saturação muito baixa	48,34		
Saturação normal	49,13	747,500	0,910

As pessoas falecidas que apresentavam estupor permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=104,89 minutos) e as com menor tempo foram as que estavam em coma (OM=54,32 minutos), resultando em relevância estatisticamente significativa (p=0,000) (cf. tabela 56).

Tabela 56 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e o índice de reatividade de Glasgow.

Índice de reatividade de Glasgow	OM	χ^2	p
Coma	54,32		
Estupor	104,89	44,430	0,000
Normal	101,63		

As pessoas falecidas com valores normais de glicemia permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=63,09 minutos) e as que permaneceram menos tempo foram as que revelavam hiperglicemia (OM=56,38 minutos), contudo, sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos (cf. tabela 57).

Tabela 57 – Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e glicemia.

	OM	UMW	p
Glicemia			
Glicemia normal	63,09		
Hiperglicemia	56,38	917,500	0,441

As pessoas falecidas classificadas sem referência a manobras RCR permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=165,67 minutos) e as que tiveram menos tempo de permanência foram as sujeitas a manobras SBV/SAV no pré-hospitalar, com o óbito declarado à chegada do serviço de urgência (OM=47,88 minutos), com relevância estatisticamente significativa (p=0,000) (cf. tabela 58).

Tabela 58 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de permanência no SU e manobras de RCR.

	OM	χ^2	p
Manobras de RCR			
Manobras de SAV	134,83		
Cuidados Paliativos/Medidas de Conforto/ ONR	154,27		
Manobras SBV/SAV Pré-hospitalar - óbito à chegada	47,88	103,730	0,000
Sem referência	165,67		

Constata-se que as pessoas falecidas que tiveram PCR intra-hospitalar permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=158,52 minutos), com relevância estatisticamente significativa (p=0,000) (cf. tabela 59).

Tabela 59 – Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e PCR pré/intra-hospitalar.

	OM	UMW	p
PCR Pré/intra-hospitalar			
PCR extra-hospitalar	42,25		
PCR intra-hospitalar	158,52	443,500	0,000

Verifica-se que as pessoas com ritmo desfibrilhável são as que permaneceram mais tempo do serviço de urgência (OM=42,58 minutos) comparativamente às com ritmo não desfibrilhável (OM=27,99 minutos), resultando em relevância estatisticamente significativa (p=0,043) (cf. tabela 60).

Tabela 60 – Teste de U de Mann-Whitney entre o tempo de permanência no SU e o primeiro ritmo detetado, após PCR.

	OM	UMW	p
Primeiro ritmo detetado, após PCR			
Ritmo desfibrilhável	42,58		
Ritmo não desfibrilhável	27,99	77,500	0,043

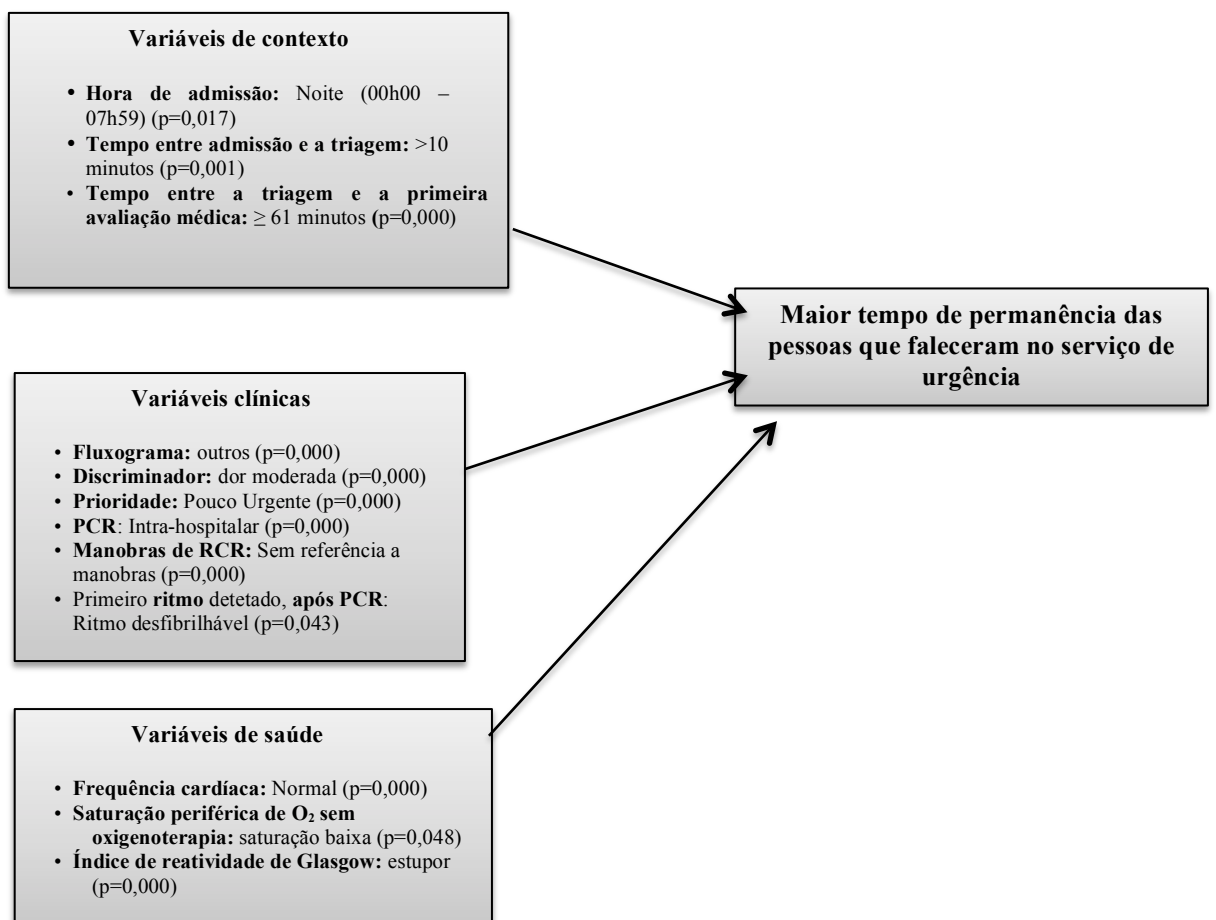


Figura 5 - Representação esquemática da relação entre as variáveis de contexto, variáveis clínicas e variáveis de saúde e o tempo de permanência das pessoas que faleceram no SU.

Variáveis preditoras do tempo de permanência no serviço de urgência

Para se estudar a relação entre o tempo de permanência das pessoas falecidas no serviço de urgência e a idade, o tempo decorrido desde a admissão até à triagem e tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica, efectuou-se uma regressão linear múltipla univariada, por se considerar o melhor método quando se pretende analisar em simultâneo a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, de natureza quantitativa. Foi usado o método *stepwise*, para a seleção das variáveis. A variável tempo decorrido desde a admissão até à triagem para poder figurar na regressão múltipla foi transformada em *variável dummy*.

Relação entre o tempo de permanência das pessoas falecidas no serviço de urgência e a idade, o tempo decorrido desde a admissão até à triagem e tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica

Na tabela 61 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indicam relações diretas e positivas entre o tempo de permanência no serviço de urgência e as restantes variáveis. Registam-se diferenças estatisticamente significativas no tempo decorrido desde a admissão até à triagem ($p=0,003$) e no tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica ($p=0,000$).

Tabela 61 - Correlações de Pearson entre o tempo de permanência no SU, a idade, tempo de espera até à triagem e tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica.

Variáveis	r	p
Idade	0.084	0.092
Tempo decorrido desde a admissão até à triagem	0.174	0.003
Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica	0.210	0.000

As variáveis preditoras do tempo de permanência no serviço de urgência são a idade, o tempo decorrido desde a admissão até à triagem e o tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica que explicam na sua totalidade 0,07% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 337,38 e os valores de F ($f=6,337$; $p=0,000$), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes

que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o tempo de permanência das pessoas no serviço de urgência.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a idade, o tempo decorrido desde a admissão até à triagem e o tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica estabelecem uma relação direta com o tempo de permanência no serviço de urgência, sugerindo que quanto mais idade, maior tempo decorrido desde a admissão até à primeira triagem e maior for o tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica maior é o tempo de permanência das pessoas no serviço de urgência (cf. tabela 62).

O modelo final ajustado para o tempo de permanência no serviço de urgência é dado pela seguinte fórmula:

Tempo de permanência no serviço de urgência = -18,244 + 2,998 idade + 3,625 tempo decorrido desde a admissão até à triagem + 1,062 tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica

Tabela 62 - Análise de regressão múltipla entre o tempo de permanência no SU, a idade, tempo decorrido desde a admissão até à triagem e tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica.

Variável dependente: <i>Tempo de permanência no serviço de urgência</i>					
R = 0.268					
R ² = 0.072					
R ² Ajustado=0.060					
Erro padrão de estimativa=337.38					
Incremento de R ² =0.072					
F=6.337					
p=0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	
Constante	-18.244		-0.137	0.891	
Idade	2.998	0.116	1.874	0.062	
Tempo decorrido desde a admissão até à triagem	3.625	0.139	2.158	0.032	
Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica	1.062	0.179	2.790	0.006	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	2164091,739	3	721363,913		
Residual	28002356,250	246	113830,716	6.337	0.000
Total	30166447,980	249			

Relação entre o tempo de permanência no serviço de urgência e a pressão arterial sistólica

Na tabela 63 encontra-se a matriz de correlação entre o tempo de permanência no serviço de urgência e a pressão arterial sistólica, verificando-se uma relação direta e positiva entre as variáveis, com diferenças estatisticamente significativas (p=0,020).

Tabela 63 - Correlações de Pearson entre o tempo de permanência no SU e a pressão arterial sistólica.

Variáveis	r	p
Pressão arterial sistólica	0,166	0,020

A pressão arterial sistólica é preditora do tempo de permanência no serviço de urgência e explica, na sua totalidade, 0,02% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 356,48 e os valores de F ($f=4,294$; $p=0,040$), com significância estatística, o que leva a inferir que esta variável tem poder explicativo sobre o tempo de permanência das pessoas no serviço de urgência.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a pressão arterial sistólica estabelece uma relação direta com o tempo de permanência no serviço de urgência, sugerindo que quanto mais elevados forem os valores da pressão arterial sistólica, maior é o tempo de permanência das pessoas no serviço de urgência (cf. tabela 64).

O modelo final ajustado para o tempo de permanência no serviço de urgência é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Tempo de permanência no serviço de urgência} = 253,757 + 1,759 \text{ pressão arterial sistólica}$$

Tabela 64 - Análise de regressão múltipla entre o tempo de permanência no SU e a pressão arterial sistólica.

Variável dependente: <i>Tempo de permanência no serviço de urgência</i>					
R = 0.166					
R ² = 0.028					
R ² Ajustado=0.021					
Erro padrão de estimativa=356,48					
Incremento de R ² =0.028					
F = 4,294					
p = 0.040					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	
Constante	253,757		2,601	0,010	
Pressão arterial sistólica	1,759	0,166	2,072	0,040	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	545671,135	1	545671,135		
Residual	19188857,070	151	127078,524	4,294	0.040
Total	19734528,210	152			

Relação entre o tempo de permanência no serviço de urgência e o Índice de reatividade de Glasgow

Na tabela 65 encontra-se a matriz de correlação entre o tempo de permanência no serviço de urgência e o Índice de reatividade de Glasgow, constatando-se uma relação direta e positiva entre as variáveis, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 65 - Correlações de Pearson entre o tempo de permanência no SU e o Índice de reatividade de Glasgow.

Variáveis	r	p
Índice de reatividade de Glasgow	0,494	0,000

O Índice de reatividade de Glasgow é uma variável preditora do tempo de permanência no serviço de urgência e explica, na sua totalidade, 0,24% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 287,21 e os valores de F ($f=43,478$; $p=0,000$), com significância estatística, o que leva a inferir que esta variável tem poder explicativo sobre o tempo de permanência das pessoas no serviço de urgência.

Através dos coeficientes padronizados beta, verifica-se que Índice de reatividade de Glasgow estabelece uma relação direta com o tempo de permanência no serviço de urgência, sugerindo que quanto mais elevados forem os valores Índice de reatividade de Glasgow, maior é o tempo de permanência das pessoas no serviço de urgência (cf. tabela 66).

O modelo final ajustado para o tempo de permanência no serviço de urgência é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Tempo de permanência no serviço de urgência} = 12,113 + 33,333 \text{ Índice de reatividade de Glasgow}$$

Tabela 66 - Análise de regressão múltipla entre o tempo de permanência no SU e o Índice de reatividade de Glasgow.

Variável dependente: Tempo de permanência no serviço de urgência					
R = 0.494					
R ² = 0.244					
R ² Ajustado=0.238					
Erro padrão de estimativa=287,21					
Incremento de R ² =0.244					
F=43,478					
p=0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	
Constante	12,113		0,295	0,769	
Índice de reatividade de Glasgow	33,333	0,494	6,594	0,000	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	3586741,769	1	3586741,769		
Residual	11136786,250	135	82494,713	43,478	0.000
Total	14723528,010	136			

5 – Discussão dos Resultados

O presente capítulo contém a discussão dos resultados. É na discussão que são analisados os principais resultados obtidos, relacionando-os ao problema e às questões de investigação, confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação.

Os resultados do presente estudo possibilitaram descrever o perfil sociodemográfico de 250 pessoas que faleceram durante o ano de 2017 no serviço de urgência, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, correspondendo a 0,29% da população. A amostra é maioritariamente do género feminino (54,4%), com uma média de idades de 80,16 anos ($\pm 13,50$ anos), prevalecendo os falecidos com idade ≥ 80 anos (64,4%), residentes no distrito de Viseu (88,0%) e no domicílio (67,6%), sendo a maioria beneficiária do Sistema Nacional de Saúde (83,6%). De acordo com os autores Netto, Kitadai, Salles, Vilas Boas, e Carvalho, (2015) podemos referir que a amostra é constituída maioritariamente por pessoas muito idosas (≥ 80 anos). No estudo de Gonçalves et al. (2015), em 147 167 clientes atendidos num serviço de urgência, também ficou registado que a maioria era do género feminino, mas com uma média de idade de 32 anos, com desvio padrão de 21 anos, sendo a classificação de risco mais frequente a de cor “amarela” (47,4%), o que também é análogo no estudo de Silva (2012), onde a maioria das pessoas (47,7%) foram classificadas com a prioridade amarela, estando em menor representatividade (9,3%) a prioridade vermelha. Silva (2012), no seu estudo realizado num hospital da Cova da Beira, também verificou que a maioria das pessoas que deram entrada no serviço de urgência era maioritariamente do género feminino com idade superior a 65 anos. Contrariamente no estudo de Pinto et al. (2012), a maioria dos clientes era do sexo masculino (57%), com uma média de idade de 57,3 anos. No estudo de Carvalho (2016) registou-se que a maior procura do serviço de urgência foi por parte de clientes com idades compreendidas entre os 18 e os 96 anos, correspondendo-lhe uma média de 50,88 anos, com predominância das faixas etárias dos 36-41 anos. Becker et al.(2015), com base na sua investigação a cerca da triagem e respetiva associação entre as suas categorias e os desfechos dos clientes, verificaram que a média de idades dos clientes admitidos foi de 45,6 anos.

Os anos potenciais de vida perdidos são um indicador da perda que as mortes prematuras representam para a sociedade, sendo o reflexo do número de anos que as pessoas

falecidas deixaram de viver por terem morrido antes dos 70 anos (INE, 2018). No presente estudo, a maioria das idades é superior a 70 anos, enquanto que com idade inferior ou igual a 70 anos corresponde a 18%, sendo este o número correspondente aos potenciais anos de vida perdidos.

No que se refere aos dados de contexto clínico, constatou-se que ocorreram mais entradas de pessoas no serviço de urgência no mês de janeiro (14,8%) e à segunda-feira (18,0%), transportados pelos meios do INEM (76,4%). No estudo de Silva (2012) e de Carvalho (2016), a segunda-feira também foi o dia com mais entradas no serviço de urgência, diminuindo a afluência ao longo da semana, atingindo os valores menores ao domingo, enquanto no presente estudo o dia com menor afluência foi a quinta-feira (10,0%), tendo-se registado 16,0% de entradas no domingo. Os resultados apurados por Silva (2012) revelam que o mês de agosto foi o de maior afluência, com registo de menor afluência no mês de fevereiro, o que difere dos resultados encontrados no presente estudo, onde a maior prevalência de entradas de pessoas no serviço de urgência foi no mês de janeiro.

No que se refere ao tempo decorrido entre a admissão e a triagem, para o total da amostra, registou-se um mínimo de 0 minutos e um máximo de 123,00 minutos, com um valor médio de 10,04 minutos ($\pm 13,39$). No estudo de Silva (2012), a maioria dos clientes esperaram cerca de 10 minutos até serem triados pelos enfermeiros, tendo-lhe sido atribuída a pulseira amarela (48,8%) e esperaram cerca de 73 minutos até à primeira observação médica.

Quanto ao tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica *versus* prioridade clínica, constatou-se que nas pessoas classificadas com prioridade emergente, a maioria (40,8%) teve um tempo de 0-10 minutos entre a triagem e a primeira avaliação médica; no grupo com classificação muito urgente sobressaíram os falecidos com 1-10 minutos entre a triagem e a primeira avaliação médica (36,2%), com 33,6% de tempo de espera entre os 11-30 minutos e também com prioridade muito urgente. Nos falecidos com classificação urgente, o percentual mais expressivo (17,2%) corresponde aos que tiveram um tempo de espera até à primeira avaliação médica de 11-30 minutos. Quanto à média de tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica, para o total da amostra, verificou-se um mínimo de 0 minutos e o máximo de 343,00 minutos, com um valor médio de 29,71 minutos ($\pm 58,64$). No estudo de Carvalho (2016), relativamente ao tempo de duração da triagem, este demorou, em média, 2,02 minutos, com um tempo mínimo de 0 minutos e um máximo de 7 minutos. Ficou também documentado no mesmo estudo que,

em relação ao tempo de espera para a primeira observação médica, os clientes esperaram, em média, 98,04 minutos, com um tempo mínimo de espera de 2 minutos e um tempo máximo de 1091 minutos. Marini (2013) registou que o tempo de espera para a primeira observação médica foi de 68,90 minutos. No estudo de Moreira (2010), realizado num serviço de urgência nacional, o tempo mediano de espera até à primeira observação médica foi de 11 minutos na prioridade vermelha e de 15 minutos na laranja, sendo o tempo mediano de espera até à primeira observação médica inferior ao tempo previsto nas categorias mais baixas verde e azul, bem como na prioridade amarela. A mesma autora constatou que foi nas prioridades mais altas (vermelha e laranja) que o tempo mediano de espera até à primeira observação médica foi superior ao preconizado.

Em relação às variáveis de contexto, o maior percentual de pessoas admitidas no serviço de urgência foi entre as 8h-13h59 minutos (40,4%), enquanto no estudo de Silva (2012), a maioria dos episódios ocorreu entre as 10h-10h59 minutos, seguido pelo período entre as 9h00-9h59 minutos. Verificou-se que a percentagem mais expressiva de tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica foi de 1-10 minutos de espera (34,4%). Na investigação de Oliveira, Silva, Araújo e Filho (2011), a percentagem de admissões foi maior entre 7h00 e as 12h59, correspondendo maioritariamente ao turno da manhã. De acordo com o Grupo Português de Triagem (2010), o sistema de Triagem de Manchester prevê a ocorrência do agravamento da situação clínica do cliente no tempo de espera pela avaliação médica, podendo resultar na alteração da prioridade de atendimento mediante uma segunda avaliação.

Apurou-se um tempo de permanência no serviço de urgência mais prevalente de ≥ 361 minutos (30,8%), que corresponde aproximadamente a 6 horas, verificando-se, o total da amostra, um mínimo de 0 (zero minutos) e um máximo de 2197,00 minutos, com uma média de $289,99 \pm 348,06$. No estudo de Oliveira, Frutuoso, Veríssimo e Agripino (2017), o tempo de permanência no serviço de urgência foi de 215 minutos, não corroborando o presente estudo este resultado, na medida em que o tempo de permanência das pessoas no serviço de urgência foi maior. Santos et al. (2016, p. 2) referem que a superlotação dos serviços de urgência é definida como uma situação em que a sua procura excede a capacidade de proporcionar um atendimento de qualidade dentro de prazos apropriados. Os mesmos autores salientam que esta é uma consequência da escassez de profissionais de saúde, sendo a etiologia da sobrelotação do serviço de urgência multifatorial, emergindo a diminuição de resposta da capacidade hospitalar. Deste modo, há uma relação entre o número de clientes e a

qualidade do atendimento, o que, ainda na perspectiva dos autores supracitados, requer que se repensem os recursos que possam resolver a questão da superlotação, para além de melhorar a capacidade de atender aos parâmetros de qualidade. No estudo de Carvalho (2016), em relação ao tempo de permanência dos clientes no serviço de urgência, ficou documentada uma média de 236,42 minutos ($\pm 218,590$ minutos), o que não foi corroborado no presente estudo, uma vez que as pessoas tiveram um tempo de permanência superior, aproximadamente mais uma hora (53,57 minutos).

Constatou-se que o fluxograma da Triage de Manchester mais prevalente foi o de dispneia (46,8%), o que não está em conformidade com os estudos de Silva (2012) e Mota-Guedes et al. (2017), onde o fluxograma mais prevalecente foi a indisposição no adulto e com menor casos de dispneia. No estudo de Moreira (2010), o fluxograma mais frequente foi o estado de inconsciência, não sendo também tão significativo o fluxograma de dispneia.

No presente estudo, a prioridade clínica foi classificada de muito urgente na maioria dos casos (46,2%), com registo de 59,1% do género feminino, o que corrobora dos resultados do estudo de Moreira (2010). De acordo com a autora, no que se refere às prioridades, a percentagem mais elevada de óbitos foi na prioridade vermelha (29%), sendo o número de mortos maior quanto maior for a prioridade em relação às prioridades vermelha, laranja e amarela. Contrariamente, no estudo de Silva (2012), a maioria das pessoas foram classificadas de não urgentes, com destaque para o género feminino e idade superior aos 65 anos. Mota-Guedes et al. (2017) verificaram também que os clientes classificados como “vermelho” pelo Sistema de Triage de Manchester tiveram um risco de morte 1 516 vezes maior em comparação com os clientes classificados como “verde”. No estudo de Carvalho (2016) predominou a prioridade pouco urgente, seguida da urgente e da muito urgente, o que não foi corroborado no presente estudo. A Administração Central do Sistema de Saúde (2016) publicou um relatório no qual, no primeiro semestre de 2016, 3,2 milhões de portugueses recorreram a serviços de urgência com casos considerados pouco urgentes (mais 134 mil do que em igual período de 2015).

Apurou-se em grande parte da amostra (96,8%) não foi ativada a Via Verde. No estudo de Lopes (2017), as ativações da Via Verde ocorreram mais em homens com uma média de idade de $69,1 \pm 12,7$ anos. No presente estudo, registou-se 3,7% de ativações de Via Verde do AVC em mulheres.

Em relação às variáveis de saúde, prevalecem as pessoas a quem foram avaliados os sinais vitais durante a triagem (56,2%), dos quais 43,6% são do género masculino e 56,4% do

feminino, o que corrobora os resultados apurados noutros estudos (Moreira, 2010; Silva, 2012; Mota-Guedes et al., 2017; Oliveira et al., 2017). Constatou-se também que quer na saturação de oxigénio sem oxigenoterapia, quer com oxigenoterapia, estão em maioria as pessoas falecidas com saturação de oxigénio muito baixa (64,6%; 79,2%, respetivamente). A maioria das pessoas apresentava frequência cardíaca normal (71,1%), mais de metade revelava hipertensão arterial (88,4%), com pressão arterial normal (56,9%), estava igualmente em maioria as pessoas em coma (70,1%); quase a totalidade da amostra (82,4%) apresentava valores de glicemia normal; 76,4% tinha temperatura normal, com mais de metade (66,7%) a apresentar dor de intensidade moderada. Avaliar e selecionar alternativas recorrendo aos discriminadores gerais e específicos assumem-se como alguns dos passos a realizar na triagem. Determinados discriminadores avaliam-se com recurso a parâmetros quantificáveis, como a glicemia, a temperatura, o pulso, a saturação de O₂, enquanto outros são avaliados através de definições e nomenclaturas bem específicas (Grupo Português de Triagem, 2010). De acordo com o mesmo organismo, o nível de prioridade que se atribuiu tem em consideração a história de doença e a situação atual da pessoa, parâmetros que já avaliados no percurso do fluxograma. O sistema seleciona os clientes com maior prioridade e funciona sem fazer quaisquer presunções acerca do diagnóstico. Por conseguinte, esta forma de funcionamento é deliberada e reconhece que os serviços de urgência são, *grosso modo*, orientados pelos sinais e pelos sintomas apresentados pelos clientes, o que implica seguirem-se cinco passos, nomeadamente: identificação do problema; colheita e análise das informações relacionadas com a solução, avaliação de todas as alternativas e seleção de uma implementação; implementação da alternativa selecionada e monitorização da implementação e avaliação dos resultados (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 31).

Verificou-se que, na grande maioria dos casos (71,6%), a PCR ocorreu em contexto intra-hospitalar, com prevalência em pessoas do género feminino (56,4%). Após a PCR, o primeiro ritmo detetado com maior expressividade foi o ritmo não desfibrilhável (89,7%), sendo também mais prevalente nos homens (65,4%). A principal causa de PCR, no adulto, é a fibrilhação ventricular, um distúrbio do ritmo cardíaco que resulta do mecanismo de reentrada, causando contrações desordenadas e inefetivas das células cardíacas. Constituiu-se como o distúrbio do ritmo cardíaco mais frequente nos primeiros dois minutos de PCR, no adulto. Rapidamente evolui para assistolia, caso não sejam estabelecidas medidas de Suporte Básico de Vida. O único tratamento disponível para o controlo deste distúrbio do ritmo cardíaco é a desfibrilhação (Pazin-Filho, Santos, Castro, Bueno & Schmidt, 2003). Segundo o

European Resuscitation Council (2011), em 25% das situações, o ritmo de paragem é a fibrilação ventricular ou a taquicardia ventricular sem pulso e destas 37% das pessoas sobrevivem à data da alta hospitalar, se o ritmo inicial for a atividade elétrica sem pulso ou a assistolia apenas 11,5% sobrevive à data da alta. Caldeira (2016) documenta que em Portugal registaram-se 23347 PCR no pré-hospitalar entre 2013 e 2014, com uma taxa de sobrevivência à entrada do hospital de 4,43%.

Constatou-se que foram efetuadas manobras de RCR, na maioria dos casos (55,6%), como medidas de conforto/paliativos/ordem de não reanimação, comum a 38,1% dos homens e a 61,9% das mulheres. É de salientar ainda que em 26,0% dos casos foram realizadas manobras de suporte básico de vida/suporte avançado de vida no pré-hospitalar com o óbito declarado à chegada, o que ocorreu em 52,3% dos homens e em 47,7% das mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8,565$; $p=0,036$). A realização imediata de RCR numa vítima de PCR, ainda que se executem unicamente compressões torácicas, contribui para o aumento das taxas de sobrevivência das vítimas de paragem cardíaca. A maioria da PCR no adulto ocorre em fibrilhação ventricular, estando o sucesso da reanimação intrinsecamente relacionado a uma desfibrilhação precoce, idealmente nos primeiros 3 a 5 minutos após a paragem (Botelho, Campanharo, Lopes, Okuno, Góis & Batista, 2016).

Realizaram exames complementares de diagnóstico durante o período de permanência no serviço de urgência da seguinte tipologia: 54,8% análise ao sangue, 50,0% realizaram gasimetria, 50,8% exames de imagem, tendo 29,2% efetuado ECG de 12 variações. A administração de terapêutica durante a permanência no serviço de urgência ocorreu em 62,0% dos doentes.

Verificou-se que o dia em que houve mais óbitos foi na segunda-feira com 21,2% dos casos, representando 52,8% dos doentes do género masculino e 47,2% do género feminino, e durante o mês de janeiro (14,8%), (masculino 40,5% Vs feminino 59,5%), sendo a natureza do óbito mais prevalente a “doença aguda” (69,2%), o que corresponde a 46,2% dos doentes do género masculino e a 53,8% do género feminino. A autópsia apenas foi realizada em 16,8% dos casos, com uma percentagem de 50,0% de homens e 50,0% de mulheres. No estudo de Guedes et al. (2015), com uma amostra também maioritariamente feminina, mas com idade média de 59,1 anos, foram encontrados mais óbitos nos clientes classificados nas cores mais graves, com 42,8% classificados como vermelho, 17,0% laranja e 8,9% como amarelo. Entre os clientes classificados como verde, 9,6% evoluiu para óbito. Nas diversas cores do Sistema de Triagem Manchester, o óbito

prevaleceu nos clientes que apresentaram a queixa de mal-estar no adulto, dispneia, sofreram trauma craniano, trauma maior, diarreia e vômito. Na investigação de Alves e Faro (2016), com uma amostra na sua maioria masculina a pertencerem ao grupo acima de 60 anos de idade, a causa com maior quantidade de óbitos validados (n=4863) foi a básica, em que a principal categoria responsável pelos óbitos foram as doenças do aparelho respiratório (18,6%). Os resultados alcançados no presente estudo corroboram os de Alves e Faro (2016), uma vez que a maioria das pessoas faleceram por doenças do aparelho respiratório (32,4%), com prevalência das que possuíam idade >70 anos (35,6%), no entanto, na amostra em estudo, a percentagem mais elevada de óbitos pelas referidas patologias corresponde às mulheres (65,4%).

O tempo de permanência das pessoas que faleceram no serviço de urgência, medido em minutos, corresponde ao tempo que a pessoa permaneceu no serviço de urgência, desde a hora de admissão até ao desfecho do episódio de urgência, no caso concreto o óbito. Deste modo, começa-se por referir a hora de admissão no serviço de urgência, com mais tempo de permanência as pessoas que foram admitidas no período noturno (0h e as 7h 59m) (OM=155,41 minutos) e as que permaneceram menos tempo no serviço foram as admitidas durante a tarde (14h-19h 59m) (OM=116,61 minutos). As pessoas com mais tempo de espera entre a admissão e a primeira triagem (>10 minutos) permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=141,88 minutos), e as pessoas com menor tempo (≤ 5 minutos) as que permaneceram menos tempo (OM=127,27 minutos). As pessoas falecidas com um tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica de ≥ 61 minutos permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=168,19 minutos), tendo permanecido menos tempo as que foram atendidas imediatamente (OM=75,50 minutos). Aquelas a quem foram selecionados outros fluxogramas permaneceram mais tempo no serviço (OM=183,39 minutos), tendo sido as que estavam em estado de inconsciência/síncope a permanecer menos tempo no serviço de urgência (OM=60,00 minutos). As pessoas falecidas com dor moderada como discriminador permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=209,31 minutos) e as com respiração ineficaz menos tempo (OM=94,73 minutos).

Aferiu-se também que as pessoas classificadas com prioridade pouco urgente permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=201,00 minutos) e as que tiveram menos tempo de permanência foram as classificadas com prioridade emergente (OM=68,73 minutos). No estudo de Carvalho (2016), o tempo de permanência dos clientes

no serviço de urgência foi de 242,84 minutos para as pessoas com prioridade muito urgente, 248,64 minutos com prioridade urgente e 229,59 minutos com prioridade pouco urgente.

Constatou-se que as pessoas falecidas com frequência cardíaca normal permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=131,88 minutos) e as que se apresentavam com bradicardia menor tempo (OM=52,73 minutos). As que apresentavam estupor permaneceram mais tempo no serviço de urgência (OM=104,89 minutos) e com menor tempo as que estavam em coma (OM=54,32 minutos). Também com mais tempo de permanência no serviço de urgência foram as classificadas sem referência a manobras RCR (OM=165,67 minutos) e as que permaneceram menos tempo foram as sujeitas a manobras SBV/SAV no pré-hospitalar, com o óbito declarado à chegada do serviço de urgência (OM=47,88 minutos). Constatou-se ainda que as pessoas falecidas que tiveram PCR extra-hospitalar permaneceram menos tempo no serviço de urgência (OM=42,25 minutos), bem como que apresentavam ritmo não desfibrilhável (OM=27,99 minutos).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, p. 15), a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão sustentadas em algoritmos clínicos possibilitam aos profissionais de saúde do serviço de urgência, devido ao afluxo significativo de pessoas nestes serviços, atuar centrados em prioridades, com o respetivo encaminhamento precoce da pessoa e com “a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança”. Ainda em conformidade com o mesmo disposto legal, o encaminhamento interno das situações clínicas, mais frequentes para áreas de especialidade, é definido em cada hospital, “para que possa facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada, com redução dos tempos de espera e de permanência no serviço de urgência” (p. 15).

As variáveis preditoras do tempo de permanência e no serviço de urgência foram a idade, o tempo decorrido desde a admissão até à triagem, o tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica, a pressão arterial sistólica e o Índice de reatividade de Glasgow.

6 - Conclusões

O presente trabalho permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados, tendo como amostra de 250 pessoas que, após admissão vieram a falecer no Serviço de Urgência de um centro hospitalar da região centro do país, durante o ano de 2017, cuja maioria é do género feminino, com uma média de idades de 80,16 anos ($\pm 13,50$ anos).

Os resultados permitiram concluir que o tempo médio de permanência no serviço de urgência mais prevalente foi de ≥ 361 minutos, que corresponde aproximadamente a 6 horas, com uma média de $289,99 \pm 348,06$.

Constatou-se que a variável sociodemográfica sexo não influencia o tempo de permanência no serviço de urgência.

Concluiu-se que a hora de admissão no serviço de urgência (noite: 00h00 - 07h59), o tempo entre admissão e a triagem (>10 minutos), o tempo entre a triagem e a primeira avaliação médica (≥ 61 minutos), o fluxograma (outros), o discriminador (dor moderada), a prioridade (pouco urgente), a frequência cardíaca (normal), a saturação periférica de O_2 sem oxigenoterapia (saturação baixa), o Índice de reatividade de Glasgow (estupor), ocorrência de PCR intra-hospitalar, a não referência a manobras de RCR e o ritmo desfibrilhável após PCR foram variáveis de contexto, variáveis clínicas e variáveis de saúde que interferiram no tempo de permanência das pessoas falecidas no serviço de urgência, correspondendo as descritas a maior tempo de permanência.

Apurou-se também que as variáveis preditoras do tempo de permanência e no serviço de urgência foram a idade, o tempo decorrido desde a admissão até à triagem, o tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica, a pressão arterial sistólica e o Índice de reatividade de Glasgow. Maior idade, maior tempo decorrido desde a admissão até à triagem e maior tempo desde a triagem até à primeira avaliação médica, associam-se a maior tempo de permanência, revelando-se explicativas do tempo de permanência. Das variáveis de saúde, apenas a pressão arterial sistólica e o índice de reatividade de Glasgow se revelam preditivos do tempo de permanência, inferindo-se,

dada a relação direta, que quanto mais elevada a pressão arterial sistólica e maior o índice de reatividade de Glasgow, maior o tempo de permanência no SU.

Na elaboração deste trabalho encontraram-se algumas limitações metodológicas, sendo a definição da amostra considerada um fator limitante, tendo em vista o facto da mesma não ser aleatória. Outra limitação importante refere-se à dimensão do grupo amostral, sendo este em número reduzido, o que permite considerar os resultados encontrados apenas para a amostra em questão.

Outra limitação encontrada foi a lacuna ao nível dos registos, nomeadamente os registos de parâmetros vitais, o que inviabilizou o preenchimento de algumas grelhas de recolha de dados. A pergunta número 19 (primeira avaliação de parâmetros vitais) ficou com muitos parâmetros em branco, devido à escassez de registos.

A revisão crítica da literatura procurou ser o mais atual possível, de modo a aprofundar e consolidar conhecimentos, no entanto, outra limitação relaciona-se com a falta de estudos com o mesmo objetivo e com a mesma população alvo. O carácter exploratório do estudo, limitou fortemente em termos de revisão de literatura e de comparação de resultados com outros estudos realizados. Todos estes factores foram determinantes para as potenciais limitações do estudo e certamente que uma amostra mais significativa e representativa da população permitiria uma maior validade externa.

As alterações demográficas que se têm verificado na população portuguesa, ao longo dos últimos anos, traduzem-se num envelhecimento populacional, o que coloca às instituições, às famílias e à comunidade em geral novos desafios, nomeadamente pensar o envelhecimento ao longo da vida (prevenção e promoção da saúde e autonomia), organizar e criar medidas para acolher o número crescente de população idosa e promover a sua qualidade de vida, fomentando um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Velo, 2015, p.11). Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento do número de respostas para fazer face às necessidades apresentadas por esta população em específico, no entanto as mesmas ainda se apresentam, por vezes, insuficientes, tendo em conta a conjuntura atual da nossa sociedade. Fazer este mesmo estudo com uma amostra mais representativa e significativa, por exemplo, alargando o período de recolha de dados, o que contribuiria para o aprofundamento do tema em análise. Além disso, seria também pertinente verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre serviços de urgência gerais de outras regiões de Portugal.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). *Hospitais da Grande Lisboa com 50% de falsas urgências*. Acedido em <http://www.dn.pt/portugal/interior/hospitais-da-grande-lisboa-com-50-defalsas-urgencias-5343922.html>
- Alves, Á. T. L. S., & Faro. A. (2016). Perfil epidemiológico da mortalidade em um hospital de urgência em Sergipe. *J. Health Biol Sci.*; 4(2), 95-101. Acedido em <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/689/235>
- Alves, T. M. C. (2015). *A pessoa em situação crítica em contexto de urgência. Dos cuidados de enfermagem prestados...aos cuidados de enfermagem documentados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1342/1/Teresa_Alves.pdf
- Azevedo, A.L.C.S., Pereira, A.P., Lemos, C., Coelho, M.F., & Chaves, L.D.P. (2010). Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev. Eletr. Enf.*; 12(4), 736-45. Acedido em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>.
- Barbosa, K. P., Silva, L. M. S. da, Fernandes, M. C., Torres, R. A. M., & Souza, R.S. de (2015). Processo de Trabalho em setor de Emergência de Hospital de Grande Porte: A visão dos trabalhadores de Enfermagem. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 10, 4. Acedido em http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a08vn4.htm
- Becker, J.B., Lopes, M.C.B.T., Pinto, M.F., Campanharo, C.R.V., Barbosa, D.A., & Batista, R.E.A. (2015). Triage no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Rev Esc Enferm USP*; 49(5), 783-789. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0783.pdf
- Becker, J.B., Lopes, M.C.B.T., Pinto, M.F., Campanharo, C.R.V., Barbosa, D.A., & Batista, R.E.A. (2015). Triage no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (5), 783-789. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361042235011>

- Botelho, R.M.O., Campanharo, C.R.V., Lopes, M.C.T., Okuno, M.F.P., Góis, A.F.T., & Batista, R.E.A. (2016). Uso do metrônomo durante a ressuscitação cardiopulmonar na sala de emergência de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 24:e2829 DOI: 10.1590/1518-8345.1294.2829 www.eerp.usp.br/rlae.
- Caldeira, P.D.E. (2016). *Sobrevivência da paragem cardiorrespiratória e o investimento em iniciativas na população*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Atlântica. Acedido em <http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt>
- Carvalho, M.J.D. (2015). *Caracterização de uma Fila de Espera de um Serviço Hospitalar – Um Estudo de Caso*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2547/1/M%C3%A1rio%20Carvalho.pdf>
- Carvalho, M.M.C. de (2016). O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor. (Dissertação de Mestrado). *Escola superior de Enfermagem de Coimbra*. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=44075>.
- Chambel, É. (2012). *Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24228>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN: 978-972-4-5137-6.
- Despacho Normativo n.º 11/2002. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06. Ministério da Saúde. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/252420/details/maximized?jp=true&dreId=119377/en>
- Deus, A. R. (2016). Qualidade na assistência à saúde – um olhar sobre a literatura. Congresso Nacional de Excelência em Gestão. *Anais*, Rio de Janeiro, 2-16. Acedido em http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1067
- Direção-Geral da Saúde (2018). Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018. *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21114/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20C%C3%A9rebro-Cardiovasculares%202017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Direção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dubuc, I.F., & Ferrari, R.A.P. (2006). Adolescentes atendidos num serviço público de urgência e emergência: perfil de morbidade e mortalidade. *Rev. Eletr. Enf.*; 8(2), 250-258. Acedido em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a10.htm.
- European Resuscitation Council (2011). Conselho Português de Ressuscitação. Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation (Versão Portuguesa). *Rev Port Med In*; 18(1).
- Gonçalves, P. C., Pinto Júnior, D., Salgado, P. O., & Chianca, T. C. M. (2015). Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital. *Invest Educ Enferm.*; 33(3), 425-431. Acedido em <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a05.pdf>
- Grupo de Trabalho das Urgências (2011). *Reorganização das Urgências Hospitalares. Hospitais EPE*. Acedido em http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf
- Grupo Português de Triage (2010). *Triage no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triage.
- Guedes, H. M., Araújo, F. A., Júnior, D.P., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal. *Invest Educ Enferm.*; 35(2), 175-181. Acedido em <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/328032/20785559>
- Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of clinical outcomes of patients. *Rev. Bras. Enferm.*; 68:45-51. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0045.pdf

- INE (2017). *Projeções de população residente (2015-2080)*. Destaque: informação à comunicação social. p. 4. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- INE (2018). *Metainformação: Taxa de anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes (N.º)*. Acedido em http://censos.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0004004&lingua=PT
- Infante, J. (2012). *A dotação de enfermeiros no serviço de urgência geral do CHCB: a segurança dos cuidados na sazonalidade*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14750/1/ESSTFC460.pdf>
- Institute of Neurological Sciences NHS Glasgow and Cycle (2015). *Escala de Coma de Glasgow*. Acedido em <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>
- Lopes, J.C.G. (2017). *Utilização da Via Verde do AVC numa perspetiva populacional: caracterização e prognóstico dos utilizadores com ativação extra-hospitalar e intra-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido em https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=126709
- Macphail, E. (2011). Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheely, S. – *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.
- Magalhães, C. M. S. da (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Porto. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20P%C3%93S%20DEFESA.pdf>
- Marôco, J. (2014). análise de equações estruturais: *Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2ª ed.). Lisboa
- Martins, H. M. G., Cuña, L. M. D. C. D., & Freitas, P. (2009). Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg. Med. J.*; 26, 183-186. Acedido em <http://emj.bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=19234008>

- Martins, J. E. L. (2010). *Avaliação Processual de Burnout em Enfermeiros para e na Gestão das Organizações de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/672/1/MsC_jelmartins.pdf
- Moreira, C.T.P. (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências. Faculdade de Medicina Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>
- Mota-Guedes, H., Aparecida-Araújo, F., Pinto-Júnior, D., Amado-Martins, J.C., & Machado-Chianca, T.C. (2017). Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal. *Invest Educ Enferm.*; 35(2),175-181. Acedido em <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v35n2/2216-0280-iee-35-02-00174.pdf>
- Moura, A.L.C. (2017). *A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: abordagem terapêutica dos profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1913/1/Andreia_Moura.pdf
- Masnoon, N., Shakib, S. Kalisch – Ellett, L. & Caughey G. E. (2017) What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017; 17: 230. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/>
- Netto, M.P. Kitadai, F. T., Salles, R. F. N., Vilas Boas, C. M. & Carvalho, M. C. G. (2015). *A quarta idade: o desafio da longevidade*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Oliveira, D.M.P., Pereira, C.U., & Freitas, Z.M.P. (2014). Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arq Bras Neurocir*; 33(1), 22-32. Acedido em <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf>
- Oliveira, G.N., Silva, M.F.N., Araújo, I.E.M. & Filho, M.A.C. (2011). Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 548-56. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300014>

- Oliveira, G.N., Vancini-Campanharo, C.R., Okuno, M.F.P., & Batista, R.E.A. (2013). *Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*; 21(2), 1-7. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf
- Oliveira, L. S. de, Costa, D. N. do, Oliveira, D. M. L. de, Almeida, H. O. C., & Mendonça, I. O. (2017). Indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar. *Ciências Biológicas e de Saúde*, vol. 4, 3, 173-188. Acedido em <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5177/2724>
- Oliveira, P., Frutuoso, B., Veríssimo, R., & Agripino, A. (2017). O Doente Idoso no Serviço de Urgência. *Galicia Clin*; 78 (1), 11-14. Acedido em <https://galiciaclinica.info/PDF/43/1055.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: Condições para o funcionamento de maternidades de 11 de Julho de 2008*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CD-11Jul-2008.pdf
- Pazin-Filho, A., Santos, J.C. dos., Castro, R.B.P., Bueno, C.D.F., & Schmidt, A. (2003). Parada cardiorrespiratória (PCR). *Medicina*, Ribeirão Preto, 36, 163-178. Acedido em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/543/740>
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pinto Júnior, D., Salgado, P. O., & Chianca, T. C. M. (2012). Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*; 20(6), 1041-1047. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/05.pdf>
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Acedido em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html
- Plano Nacional de Saúde 2011/2016. Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Regulamento n.º 124/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.^a

série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Santos, A.P., Freitas, P., & Martins, H.M.G. (2014). Manchester triage system version II and resource utilization in emergency department. *Emerg. Med. J.*; 31, 148-152. Acedido em <http://emj.bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=23345313>

Santos, E., Cardoso, D., Queirós, P., Cunha, M., Rodrigues, M., Apóstolo, J. (2016). The effects of emergency department overcrowding on admitted patient outcomes: a systematic review protocol", *JBISRIR-2016-002562*, *JBISRIR-2016-002562* *Reports* 14, 5: 96-102. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002562

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da teoria à prática* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Silva, A.C.M. (2012). *Perfil dos utilizadores das urgências um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1063/1/Tese%20de%20Mestrado-%20Ana%20Marques%20da%20Silva.pdf>

Silva, E.B.B. (2012). *Satisfação dos utentes com o atendimento de enfermagem no serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu- Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1632/1/SILVA%20Etelvina%20Branco%20Barreira%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20utentes%20com%20atendimento%20de%20enfermagem%20no%20SU.pdf>

Silva, L. G., & Matsuda, L. M. (2012). Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Cienc Cuid Saúde*, v.11 (suplem.), 121-128. Acedido em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17063>

Teles, M. J. G. (2011). *Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado). ISCTE – IUL. Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em

https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/4186/1/Tese_Burnout_Marisa%20Teles.pdf

Valera, R.B., & Turrini, R.N.T. (2008). Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Ciencia y Enfermeria XIV* (2), 87-95. Acedido em <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v14n2/art11.pdf>

Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, saúde e satisfação. Efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Dissertação%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf

World Health Organization (2015). *The top 10 causes of death*. Acedido em <http://www.who.int/fmediacentre/factsheets/fs310/en/index4.html>

World Health Organization (2015). *World health statistics 2015*. Acedido em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

World Health Organization (2016). *ICD – 10 Version: 2016*. Acedido em <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

Wulp, I. V., Schrijvers, A. J. P., & Van Stel, H. F. (2009). Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emergency medicine journal*, 26 (7), 506-509. Acedido em <http://emj.bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=19546272>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da instituição selecionada como participante

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	02/05/2018
Designação	Pedido de autorização para efetuar recolha de dados de suporte e desenvolver o projeto de investigação subordinado ao tema "Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta."
Inv. Responsável	Professora Madalena Cunha - ESEV
Outros Colaboradores	Dr. Miguel Sequeira – Diretor Serviço Urgência - HST
Data do documento	05 março 2018
Data de Entrada na CES	23 março 2018
Data de Deliberação CES	1ª deliberação: 16/04/2018 - 2ª deliberação: 21/05/2018

Analisado o pedido de autorização para efetuar recolha de dados de suporte e desenvolver o projeto de investigação subordinado ao tema "Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta", cuja investigadora responsável é a Professora Madalena Cunha da ESEV com a colaboração do Dr. Miguel Sequeira, Diretor do Serviço Urgência do HST (CHTV), esta CES, deliberou que nada há opor ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 21/05/2018:

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

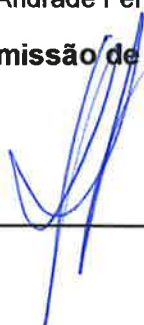
Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Ana Maria Pinto da Costa

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHTV



Anexo 2 – Grelha de Recolha de Dados.

“Perfil clínico das pessoas que faleceram no serviço de urgência”

Grelha de Recolha de Dados

Nº Quest: _____

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: Masculino
 Feminino
3. Zona de Residência: Viseu
 Guarda
 Outros _____
4. Reside em Instituição (Lar, Unidade de Cuidados Continuados, Associação,...): Sim
 Não
5. Sistema de Saúde: ADSE
 SNS
 Entidade Desconhecida
 Outros _____
6. Antecedentes pessoais: Com antecedentes pessoais
 Sem antecedentes pessoais
 Não há registo
 - 6.1. Se tem Antecedentes Pessoais, há existência de FRCV (Fatores de Risco Cardiovasculares)? Sim
 Não
 - 6.1.1 Se sim. Quais? HTA
 DM
 Alt. Lipídicas
 Obesidade
7. Faz medicação no domicílio? Sim
 Não
 Não há referência
 - 7.1. Se sim, qual a quantidade de medicamentos que habitualmente faz por dia? _____
8. Data de Admissão: _____/_____/2017
9. Hora de Admissão: _____:_____
10. Dia da semana: _____
11. Origem: INEM Hospital
 Exterior não especificado Outros _____
 Centro de Saúde
12. Tipo de episódio: Urgência
 Internamento

13. Hora da Triagem: _____:_____ **13.1. Tempo desde a admissão até à triagem: _____ min.**
14. Prioridade Clínica: Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul
15. Fluxograma da Triagem de Manchester: _____
16. Discriminador da Triagem de Manchester: _____
17. Ativação de Via Verde: Sem Ativação
 VV Coronária
 VV AVC
18. Avaliação de parâmetros vitais na Triagem? Sim
 Não
19. 1ª avaliação de parâmetros vitais:
- | FC | Ritmo | Temp. timpânica | FR | Saturação periférica de O ₂
Sem Oxigenoterapia | Saturação periférica de O ₂
Com Oxigenoterapia | Tensão Arterial
Sistólica | Tensão Arterial
Diastólica | ECGlasgow | Glicémia |
|-------|-------|-----------------|-------|--|--|------------------------------|-------------------------------|-----------|----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
20. Hora da 1ª avaliação médica: _____:_____ **20.1. Tempo desde a triagem até à primeira avaliação médica: _____ min**
21. Área Clínica _____
22. Exames Complementares de Diagnóstico realizados durante o período de permanência no SU:
- Análises Sanguíneas Gasometria Exames de Imagem ECG de 12 derivações
23. Foi administrada terapêutica durante a sua permanência no serviço de urgência? Sim
 Não
24. Data do óbito: ____/____/2017
25. Hora do óbito: _____:_____
26. Tempo de permanência _____ min
27. Dia da semana do óbito: _____
28. Em que contexto é que ocorreu a PCR? Pré-hospitalar
 Intra-hospitalar
29. Após a PCR, qual o primeiro ritmo detetado: Ritmo Desfibrilhável
 Ritmo Não Desfibrilhável
30. Foram efetuadas Manobras de Reanimação Cardiorrespiratória? SAV
 Medidas de Conforto/ Cuidados paliativos/ ONR
 Não há referência
 Manobras de SAV/SBV pré-hospitalar
31. Causa do óbito: _____
32. Natureza do óbito: Doença Aguda
 Doença Crónica
 Trauma
33. Foi proposto para Autópsia? Sim
 Não

