

Sara Margarida Ferreira Almeida Sebastião

Marcadores de Risco dos Clientes admitidos no Serviço de Urgência

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6.^a Edição



Viseu, fevereiro de 2019

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Sara Margarida Ferreira Almeida Sebastião

**Marcadores de Risco dos Clientes admitidos no Serviço de
Urgência**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6.^a Edição

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Viseu, fevereiro de 2019

“A coisa principal da vida não é o conhecimento
mas o uso que dele se faz”.

Talmude (449 d.C.)

Agradecimentos

Finalizada esta etapa, particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento a todos os que me apoiaram e sempre acreditaram em mim ao longo deste percurso, contribuindo de alguma forma para a concretização desta dissertação.

À Professora Doutora Madalena Cunha, minha Orientadora, agradeço pelo seu rigoroso nível científico, empenho, pela sua disponibilidade e dedicação, por inculcar sempre confiança no meu trabalho permitindo, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

Ao Professor João Duarte, que prestou uma ajuda preciosa no tratamento estatístico e que sempre se disponibilizou para me ajudar, sem ele não teria sido possível.

À minha irmã Raquel, pelos seus conselhos fundamentais, pela sua competência, total disponibilidade e incentivo nos momentos cruciais e mais difíceis, solucionando sempre as minhas dúvidas, permitindo chegar até ao fim.

À minha tia Paula, pela sua leitura crítica e atenta das várias versões preliminares da dissertação, pela sua disponibilidade imediata e total, e pela sua determinação em me inculcar confiança.

Às minhas amigas, Carolina, Daniela e Sophie que tanto me encorajaram e apoiaram, compreendendo todas as minhas (in)disponibilidades. Estou grata pela nossa amizade.

Ao meu marido Tiago, pelo seu amor, partilha, apoio incondicional e companheirismo, agradeço a compreensão em todos os momentos menos fáceis, fazendo sempre acreditar que conseguiria chegar ao fim deste percurso.

Aos meus queridos pais, Isabel e Ramiro, dirijo um agradecimento especial, tendo a plena consciência que este trabalho sozinha não seria possível, bem haja pelo vosso amor e apoio incondicional, pelo ânimo e paciência, por serem um modelo de aprendizagem permitindo-me chegar ao fim deste trabalho, na superação de todos os seus obstáculos. A eles dedico este trabalho!

O meu agradecimento à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCISE) da 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.”

Por último, o meu profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de um modo ou de outro, para a concretização desta dissertação.

Muito obrigada a todos!!!

Resumo

Enquadramento: A estratificação dos marcadores de risco de clientes admitidos no serviço de urgência assume-se como um instrumento fulcral para a prestação de cuidados de excelência.

Objetivo: Determinar o nível de risco clínico mais prevalente nos clientes com prioridade clínica vermelha, admitidos no serviço de urgência.

Metodologia: Estudo de análise quantitativa e de coorte retrospectivo, envolvendo uma amostra de 427 clientes admitidos no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal no ano de 2017, com uma média de idades de 69 anos (± 20), sendo a maioria (52.7%) do género masculino. O estudo insere-se no Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, desenvolvido em parceria entre a Escola Superior de Saúde de Viseu e o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, autorizado pelo Conselho de Administração e com parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição selecionada como participante. Os dados foram recolhidos com base na informação administrativa, com registo numa grelha de recolha de dados.

Resultados: Como dados significativos citam-se os seguintes: No período entre as 8h-14h, foram admitidos no serviço de urgência 39.3% dos clientes, foram triados 37.5% e observados pelo médico 36.5%. A maioria dos clientes admitidos (75.4%) tiveram um tempo de triagem de zero minutos. Realizaram exames complementares de diagnóstico 60.5% e a maioria realizou gasimetria (52.1%). Os valores de saturação de oxigénio foram normais em 56.1% e a administração de oxigénio ocorreu em 55%. O estado do cliente manteve-se estável em 34.3%, e 26.7% foram internados no Centro Hospitalar e em 23.9% o desfecho foi o óbito. Em 39.6% dos casos a hora da alta recai entre as 14h-20h. O tempo de permanência no serviço de urgência foi ≤ 120 minutos em 37.0% e 32.0% permaneceram mais de 360 minutos. A realização de manobras de RCP, ocorreu apenas em 8.2%. O nível de risco oscilou entre 0 e 17, a que corresponde um nível de risco médio de 5.39 (± 4.40), numa escala de 0 a 18, pontuando os homens, em média ($M=5.81 \pm 4.71$), com maior nível de risco do que as mulheres ($M=4.94 \pm 3.99$), com diferenças estatísticas ($t=2.014; p=0.045$). O rácio de chances da ocorrência de manobras de RCP ($OR=0.333$) faz decrescer para 66.7% o nível de risco quando não são executadas. Por outro lado, os clientes com idade inferior ou igual a 70 anos ($OR=0.422$), o tempo de permanência no serviço de urgência ≤ 120 minutos e entre 120 e 240 minutos, e ainda o menor tempo de observação médica (entre 1 a 10 minutos) também fazem decrescer o nível de risco, respetivamente em 57.8% 94.7% 67.7% e 72.9%, enquanto que o tempo de permanência superior a 240 minutos faz aumentar o índice de risco em 152.8%.

Conclusão: A ocorrência de manobras de RCP, a faixa etária e o tempo de permanência no serviço de urgência, encontram-se associadas ao nível de risco nas pessoas que recorrem ao serviço de urgência, constituindo-se como preditivas do risco clínico no SU.

Palavras-chave: Prioridade clínica, Nível de Risco; Serviço de urgência;

Abstract

Background: The stratification of risk markers in the admittance of clients to the ER is a key instrument in providing excellent care.

Objective: To determine the most prevalent level of clinical risk in clients with red clinical priority admitted to the ER.

Methodology: A quantitative and retrospective cohort study, involving a sample of 427 clients admitted to the ER at a hospital center in the central region of Portugal in the year 2017, with an average age of 69 years (± 20), the majority (52.7%) being of the male gender. The study is part of the research project "Evidências Para Não Arriscar Vidas:do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta", developed in partnership between the Viseu School of Health and the Tondela-Viseu Hospital Center, authorized by the Council of Administration and with the agreement of the Ethics Committee for Health of the institution selected as a participant. The data was collected on the basis of administrative information, with registration in a data collection grid.

Results: Significant data includes the following: In the period between 8:00am and 2:00pm 39.3% of the clients were admitted to the ER, 37.5% were screened and 36.5% were observed by the physician. The majority of clients admitted (75.4%) had a screening time of zero minutes. 60.5% of the patients underwent complementary diagnostic tests and the majority of the patients performed an arterial-blood gas (ABG) test (52.1%). Oxygen saturation values were normal in 56.1% of the clients and oxygen administration occurred in 55% of them. The state of the clients remained stable in 34.3% of the cases, 26.7% of the clients were hospitalized in the Hospital Center and in 23.9% the outcome was death. In 39.6% of the cases the discharge time falls between 2:00pm and 8:00pm. The length of stay in the ER was ≤ 120 minutes in 37.0% of the cases and 32.0% remained for more than 360 minutes. The performance of CPR maneuvers occurred in only 8.2% of the cases. The level of risk ranged from 0 to 17, corresponding to an average risk level of 5.39 (± 4.40), on a scale of 0 to 18, evaluating men, in average ($M=5.81\pm 4.71$), with a higher level of risk than women ($M=4.94\pm 3.99$), revealing statistical differences between genders ($t=2.014;p=0.045$). The risk ratio for the occurrence of CPR maneuvers ($OR = 0.333$) decreases the level of risk to 66.7% when they are not performed. On the other hand, clients aged less than or equal to 70 years ($OR = 0.422$), time spent in the emergency room ≤ 120 minutes and between 120 and 240 minutes, and the shorter medical observation time (between 1 to 10 minutes) also reduce the risk level by 57.8%, 94.7%, 67.7% and 72.9% respectively, while a length of stay of more than 240 minutes increases the risk index by 152.8%.

Conclusion: The occurrence of CPR maneuvers, the age group and the length of stay in the ER are associated with the level of risk in people who resort to the ER, acting as predictors of clinical risk in the ER.

Keywords: Clinical Priority, Risk Level; ER.

Sumário

Introdução.....	19
1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1. Serviço de urgência	25
2. Sistema de triagem nos serviços de urgência	27
3. Estratificação dos marcadores de risco dos clientes admitidos no serviço de urgência	33
2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	41
4. Métodos	43
4.1. Participantes	45
4.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	46
4.2. Instrumento de recolha de dados	47
4.3. Variáveis e operacionalização.....	48
4.3.1. Operacionalização das variáveis Independentes	48
4.3.2. Operacionalização da variável Dependente	56
4.4. Considerações éticas e integridade da investigação	57
5. Resultados	59
6. Discussão dos resultados	84
7. Conclusões	90
8. Referências bibliográficas	93
Anexos	99
Anexo I – Grelha de recolha de dados	
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética - recolha de dados -Evidências para não arriscar Vidas do Pré-Hospitalar ao SU e à alta	

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Categorias de urgência associadas ao nível e à cor	29
Tabela 2 - Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester	30
Tabela 3 - Estatísticas da idade em função do género.....	46
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica em função do género.....	47
Tabela 5 - Classificação dos valores de Pressão Arterial.....	50
Tabela 6 - Classificação dos valores de Frequência Cardíaca.....	50
Tabela 7 - Classificação dos Valores de Frequência Respiratória.....	50
Tabela 8- Classificação dos Valores de Gasimetria	51
Tabela 9 - Classificação dos valores de Glicémia.	51
Tabela 10 - Classificação dos Valores de Temperatura	54
Tabela 11 - Escala de Triagem de Manchester.....	56
Tabela 12 - Estratificação do nível de risco.....	56
Tabela 13 - Estatísticas do tempo de triagem até à observação médica em função do género.....	60
Tabela 14 - Estatísticas do tempo de permanência no serviço de urgência em função do género.....	63
Tabela 15 - Estatísticas da pressão sistólica em função do género.	65
Tabela 16 - Estatísticas da pressão diastólica em função do género	65
Tabela 17 – Pressão arterial diastólica versus pressão arterial sistólica	65
Tabela 18 - Estatísticas da frequência cardíaca em função do género	66
Tabela 19 - Estatísticas da temperatura em função do género	66
Tabela 20 - Estatísticas da glicémia em função do género	67
Tabela 21- Variáveis de contexto clínico em função do género e para o global	68
Tabela 22 - Variáveis de contexto clínico em função da idade e para o global.....	73
Tabela 23 - Hora de triagem versus hora da observação médica	75
Tabela 24 - Hora de admissão versus hora da alta.....	76
Tabela 25- Prevalência dos fluxogramas nos utentes triados com prioridade vermelha.....	77
Tabela 26 - Estatísticas do nível de risco em função do género	78
Tabela 27 – Nível de Risco de acordo com o Género.....	79

Tabela 28 - Estatísticas do nível de risco total em função da idade	79
Tabela 29 – Nível de risco de acordo com a idade	80
Tabela 30 - Estatísticas do nível de risco de acordo com o género e idade	81
Tabela 31 - Tempo permanência da amostra de acordo com o risco	82
Tabela 32 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável nível de risco com as variáveis preditoras (modelo ajustado) dos clientes com prioridade clínica vermelha	83

Lista de Figuras

Figura 1 – Tempos previstos de atendimento	29
Figura 2 - Desenho do estudo: esquema conceptual da investigação.....	45
Figura 3 - Régua de dor.....	52
Figura 4 - Indexação da dor à prioridade na triagem	53
Figura 5 - Hora de admissão no serviço de urgência	59
Figura 6 - Hora de triagem no serviço de urgência	60
Figura 7 - Hora / Período de observação médica.....	62
Figura 8 - Tempo permanência no serviço de urgência	64

Lista de siglas

ADSE- Instituto de Proteção e Assistência na Doença

ATS- Australian Triage Scale

CID10- Classificação Internacional de Doenças.

CTAS- Canadian Triage Scale and Acuity Scale

DGS- Ministério da Saúde

ECG- Electrocardiograma

ESI- Emergency Severity Index

EVA- Escala Visual Analógica

FC- Frequência Cardíaca

FR- Frequência Respiratória

GCS- Glasgow Coma Scale

GPT- Grupo Português de Triagem

HOB- Hospital Municipal Odilon Behrens

MCDT- Meios Complementares de Diagnóstico

MS- Ministério da Saúde

PTM- Portugal Triagem de Manchester

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar

SATO2- Saturação de Oxigênio

SNS- Sistema Nacional de Saúde

ST- Sistema de Triagem

STM- Sistema de Triagem de Manchester

SU- Serviço de Urgência

Tº- Temperatura

Introdução

A estratificação dos marcadores de risco dos clientes admitidos no serviço de urgência assume-se como um instrumento fulcral para a prestação de cuidados de excelência.

O acolhimento com classificação de risco tem por finalidade coordenar melhor a ordem do atendimento dos clientes, com exclusão da ordem de chegada e inclusão da classificação da gravidade ou fatores de risco associados, que conduzam ao possível risco de vida (Antunes & Guimarães, 2013, p. 27; Vieira, Bertonecello, Girondi, Nascimento, Hammerschmidt & Zefeino, 2016, p. 2). Para a classificação de risco, em conformidade com os mesmos autores, é imprescindível o trabalho de enfermagem, que se pretende de nível superior, provido de um instrumento que apoie a condução do caso e avalie a sua gravidade ou o seu potencial agravamento. Neste sentido, os protocolos assistenciais sistematizam a ação do enfermeiro, para além de serem essenciais para a efetiva classificação de risco e avaliação da vulnerabilidade do cliente.

Face ao aumento da procura dos serviços de urgência, constituiu-se a questão enunciada como um problema atual, o tempo de espera por atendimento pode comprometer a condição do cliente. Assim, a triagem é crucial para a gestão eficaz destes serviços, adequando o tempo de espera do cliente à sua condição clínica, com a redução do impacto negativo em clientes em estado crítico. Por conseguinte, o Sistema de Triagem de Manchester ganhou destaque no cenário português como protocolo de classificação de risco, devido à sua aplicabilidade e utilidade nos serviços de urgência/emergência. A triagem baseia-se num sistema seguro e validado, com a finalidade de assegurar a uniformidade e a qualidade do atendimento (Vieira et al., 2016, p. 2).

O objetivo da triagem nos serviços de urgência consiste em estimar a gravidade do estado dos clientes e estabelecer prioridades de tratamento, adequando o tempo de espera em consonância com a condição clínica de cada cliente, reduzindo o impacto negativo de um diagnóstico demorado ou que conduza a uma espera prolongada por tratamento pelo cliente (Souza, Araújo & Chianca, 2015, p. 145; Grupo Português de Triagem, 2017).

Importa igualmente referir que a classificação de risco é assumida como o acolhimento inicial que se pretende humanizado, estratificado de acordo com a

gravidade do estado de saúde do cliente pela complexidade do estado de saúde do cliente, organizando o acesso ao tratamento e assente num atendimento qualificado. A transferência dos cuidados ao cliente desde a sua admissão até ao seu acolhimento, através da avaliação e valorização das respetivas queixas, prevê que se dê prioridade aos atendimentos por complexidade num tempo pré-determinado, facultando melhor e mais rápida capacidade de diagnóstico e de resposta médica, para os casos mais graves, com risco de vida iminente (Lopes, 2011).

Assim sendo, para que se assegure acesso de qualidade aos clientes, há a necessidade de se implementar uma estratégia de trabalho que permita a resolução dos problemas, capacitando os enfermeiros e reorganizando o fluxo de acesso ao atendimento no serviço de urgência, uma porta vital de acesso ao sistema nacional de saúde. É importante que não se comprometa a capacidade de atendimento neste serviço o que requer uma (re)adequação do processo de trabalho da equipa multiprofissional, com recurso a ferramentas como o Protocolo de Triagem de Manchester (Lopes, 2011).

A classificação do risco assume-se, deste modo, como um instrumento que permite hierarquizar a prioridade do atendimento, não sendo diagnosticada a doença ou um exclusivo estratificador. Por conseguinte, o processo é decisivo e baseia-se num protocolo que, quando avaliado por um enfermeiro experiente, analisa as queixas do cliente, classifica, estratifica e prioriza o atendimento médico através de um sistema de cores pré-determinadas.

Mediante o exposto, delineou-se o presente estudo e a seguinte questão de investigação:

- Qual é o nível de risco clínico mais prevalente nos clientes com prioridade clínica vermelha, admitidos no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal, durante o ano de 2017?

Para a concretização à obtenção de respostas à questão de investigação foi definido como objetivo geral: determinar o nível de risco dos clientes com prioridade clínica vermelha admitidos no serviço de urgência.

O presente relatório foi organizado em duas partes: o enquadramento teórico e o estudo empírico. A primeira é reservada à revisão da literatura, que se inicia por uma abordagem às características do serviço de urgência, seguindo-se o sistema de triagem nesses serviços, com particular referência à Triagem de Manchester. Aborda-se de seguida a estratificação dos marcadores de risco de clientes admitidos no serviço de urgência. A segunda parte abarca o estudo empírico. Concomitantemente,

no capítulo da metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, o desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem ainda lugar a discussão dos resultados. O estudo termina com as conclusões mais relevantes, possibilitando resposta às questões de partida e aos objetivos do estudo.

1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Serviço de urgência

O serviço de urgência tem progressivamente vindo a destacar-se como a porta de entrada mais importante no sistema nacional de saúde, o que se traduz por um acréscimo de necessidades em termos de recursos humanos e de investimento financeiros (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2001). Para ele são encaminhados diariamente clientes procedentes dos cuidados de saúde primários, doentes urgentes e, inclusive, casos sociais (Pereira, 2018, p. 35).

Esta diversidade clínica faz do serviço de urgência um lugar distinto de qualquer outro local/serviço de internamento hospitalar, uma vez que é o único qualificado a prestar cuidados à pessoa em situação crítica, que segundo o Regulamento nº 124/2011 (2011, p. 1), consiste na pessoa “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”.

Em Portugal, o serviço de urgência inclui obrigatoriamente “a área de admissão e de registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares, áreas não assistenciais” (Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012, p. 14). A chegada de clientes ao serviço de urgência é, por norma, “imprevisível e dependendo da afluência, da gravidade dos casos e dos profissionais disponíveis, os doentes podem ter de esperar para serem vistos por um médico” (Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012, p. 104). Em todos os serviços de urgência, seja qual for o nível, tem de existir um sistema de triagem que possibilite fazer a distinção dos doentes por gravidade fisiológica, para que, caso haja tempo de espera, se executem critérios pré-estabelecidos de observação.

Sheehy’s (2011, p. 23) enfatiza a necessidade de existência de uma enfermagem de urgência, admitindo-a como um tipo de enfermagem especializada, onde está incluída a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. É crucial desenvolver o potencial humano, uma vez que a tecnologia pode ser copiada e replicada (Sheehy’s, 2011, p. 24). A adequada preparação dos profissionais constitui um importante

instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados nos serviços de urgência, sendo que esta só é alcançada quando as instituições são capazes de promover condições de trabalho com recursos físicos e humanos, bem como condutas organizacionais coerentes com uma prática segura (Paixão, Campanharo, Lopes, Okuno & Batista, 2015, p.485).

Face à procura excessiva dos serviços de urgência, o governo português instituiu reformas com impacto tanto a nível hospitalar como ao nível dos cuidados de saúde primários. Com a requalificação dos serviços de urgência pretendeu-se normalizar o fluxo de pessoas, evitando o uso inapropriado e desproporcionado destes serviços e proporcionando a melhoria da qualidade da assistência.

Os serviços de urgência devem ser analisados sob o prisma da estrutura, da funcionalidade e da organização. Relativamente à estrutura, importa considerar a construção dos espaços e de todos os elementos que servem de suporte à execução dos cuidados. Se a estrutura for geradora de conflitos, restringirá, no seu todo, o aspeto organizativo da instituição, consentindo o abandono das práticas de uma política de gestão fundamentada na ordem e no respeito de normas pré-estabelecidas, para adotar uma política de gestão assente no esforço e na agilidade. Estas normas pré-estabelecidas, essenciais para a operacionalização dos serviços de urgência, devem abranger uma série de protocolos de atuação, em que deve ser dada ênfase à interação/coordenação de todos os profissionais de saúde (Paixão et al., 2015, pp. 485-846).

As recomendações sobre a Organização dos Espaços do serviço de urgência (DGS, Ministério da Saúde, 2007) referem que o espaço onde é efetuada a Triagem de prioridades deve ser um local apropriado e com características específicas, de modo a que o Sistema de Triagem (ST) permita identificar a prioridade clínica, com posterior alocação do doente na área de atendimento mais adequada, encaminhando-o com garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades de maior qualidade e segurança (DGS, 2015).

2. Sistema de triagem nos serviços de urgência

Diariamente, “os serviço de urgência são confrontados com um grande número de pessoas que apresentam problemas diversos, provocando uma sobrecarga de trabalho aos profissionais” (Veríssimo, 2018, p. 32), o que requer um sistema de triagem que assegure “uma metodologia de trabalho que seja coerente, que respeite a boa prática em situações urgentes, que seja fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo e, principalmente, que o atendimento das pessoas se faça por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada” (Veríssimo, 2018, p. 32).

O método de Triagem de Manchester, criado no Reino Unido em 1997, é realizado sobretudo por enfermeiros, proporcionando a uniformidade de critérios ao longo do tempo e entre as equipas dos serviços de urgência. Este sistema garante a observação à pessoa em conformidade com a gravidade da sua situação, eliminando a triagem sem fundamento científico, possibilitando uma tomada de decisões rigorosa, bem como prevê a triagem individual e múltipla em caso de catástrofe (Neves, 2010, p. 264).

O Sistema de Triagem de Manchester foi implementado em Portugal e colocado em prática em 2000, tendo sido os primeiros hospitais a aderirem ao sistema o Hospital Geral da Santo António e o Hospital Fernando da Fonseca, resultando na criação de uma entidade que monitoriza a atividade desenvolvida no país, denominada de Grupo Português de Triagem (GPT). O controlo da formação, implementação, manutenção do sistema, uniformização dos registos, preparação de formadores e auditores são algumas das missões associadas ao Grupo Português de Triagem (GPT, 2010; Moreno & Rego, 2010, p. 275).

Em maio de 2001, em parceria com o Ministério da Saúde, surgiu um acordo que possibilitava a integração voluntária de instituições hospitalares que desejassem implementação deste sistema, integrando o GPT. Para tal, teriam de assinar um protocolo e uma declaração de princípios, não existindo qualquer pagamento por adesão. Foi instituído um código de conduta para garantir a fiabilidade e a reprodutibilidade do sistema, possibilitando ao GPT o acesso às bases de dados das instituições, com vista à melhoria contínua do PTM. Todas as instituições aderentes são parceiras de pleno direito do GPT, criando-se, espontaneamente, um fórum de discussão e de melhoria contínua do sistema (GPT, 2016).

Até dezembro de 2016, em Portugal, aderiram ao PTM setenta e quatro serviços de urgência da rede pública, dois Serviços de Urgência públicos fora da rede formal, cinco serviços de urgência em unidades privadas e quatro serviços de urgência nas regiões autónomas. Até ao final do ano de 2017, previa-se que o PTM fosse implementado em mais três serviços de urgência em unidades privadas. Mais de 8.000 profissionais de saúde estão creditados para efetuarem a triagem de doentes, cerca de 200 dos quais como instrutores e auditores (GPT, 2016).

No contexto da Requalificação das Urgências do Sistema Nacional de Saúde, o STM é um meio para a promoção da equidade de acesso das pessoas ao serviço de urgência e um instrumento de gestão de risco (Veríssimo, 2018, p. 34). De acordo com a mesma autora, em Portugal, só o pessoal médico e de enfermagem realizam a triagem. “Na prática, é exclusivamente realizada por enfermeiros devidamente qualificados, com formação em triagem de Manchester” (Veríssimo, 2018, p. 34).

Em termos gerais, um método de triagem proporciona aos profissionais de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica que se baseia na identificação de problemas. A avaliação clínica é realizada a partir da queixa apresentada, ou seja, o principal sinal ou sintoma identificado pelo cliente. Por conseguinte, foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas dos clientes, que compreendem quase todas as situações que surgem nos serviços de urgência, tendo sido também criados dois fluxogramas a situação de catástrofe (GPT, 2016).

A primeira parte do método de triagem exige que o profissional de saúde faça com que a seleção do fluxograma seja o mais específico possível em conformidade com a queixa apresentada pelo cliente. Posteriormente percorre os discriminadores do fluxograma, selecionando o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. Esta “conceção rigorosa garante que os fluxogramas têm informação cruzada entre si, uma vez que um determinado número de queixas de apresentação pode conduzir a mais do que um fluxograma, não permitindo nunca a atribuição de uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa” (GPT, 2016). A escolha do fluxograma de apresentação é grandemente imposta pela queixa de apresentação do cliente e seguidamente é necessário realizar a recolha e a análise de informações que possibilitem a determinação da prioridade clínica. É o fluxograma que estrutura este processo, apresentando discriminadores-chave em cada nível de prioridade. Por outro lado, a avaliação é realizada tendo em conta a prioridade clínica mais elevada, sendo os discriminadores deliberadamente colocados na forma de perguntas como meio de facilitar o processo (GPT, 2016).

Por conseguinte, foi atribuído a cada uma das categorias um número, um nome, uma cor e um tempo aceitável, até ao momento em que o cliente é observado por um profissional de saúde, (GPT, 2010, Veríssimo, 2018, p. 34), tendo-se estabelecido uma escala nacional de triagem (cf. Tabela1)

Tabela 1 - Categorias de urgência associadas ao nível e à cor.

Nível	Categoria de Urgência	Cor	Tempo Alvo
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010, p. 54)

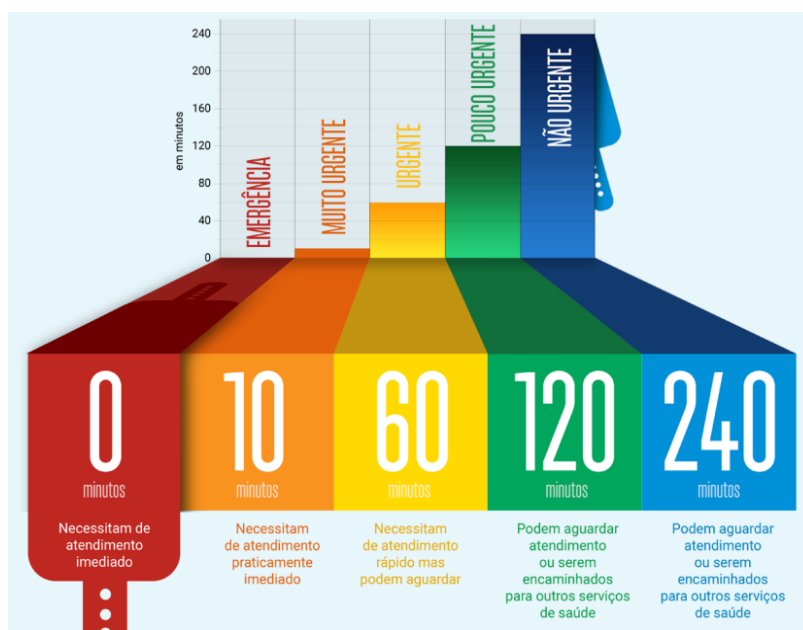


Figura 1 – Tempos previstos de atendimento.

Fonte: Grupo Português de Triagem: www.grupoportuguestriagem.pt/

A triagem consiste num “encontro rápido e focado”, onde se recolhe informação utilizada para atribuição de uma prioridade clínica. Por conseguinte, assume grande relevância a sistemática avaliação do cliente e que todos esses elementos sejam reunidos de modo a proporcionarem uma imagem completa da situação clínica do cliente. Todo este processo sistemático permite que a análise do cliente seja realizado de forma rápida e com segurança, para que, assim, se atribua uma prioridade clínica apropriada que oriente a tomada de decisão (GPT, 2016).

A partir da queixa inicial da pessoa, segue-se o respetivo fluxograma (52 fluxogramas), averigua-se sistematicamente a presença de sinais e sintomas, através de um breve questionário estruturado em perguntas rápidas, definindo a prioridade clínica a atribuir (cf. Tabela 2)

Tabela 2 - 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 – Autoagressão	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 - Infeções 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 - Trauma crânio-encefálico
24 - Dor testicular	51 – Catástrofes -Avaliação Primária
25 - Dor torácica	
26 – Embriaguez aparente	52- Catástrofes -Avaliação secundária
27- Erupções cutâneas	

Fonte: *Grupo Português de Triage* (2010, p. 55).

Depois o processo de triagem, o enfermeiro encaminha o cliente para outro setor da urgência-circuito interno, atendendo sempre ao facto de o acolhimento é um compromisso com o cliente (Silva, Santos & Brasileiro, 2013, p. 3). Torna-se imprescindível que o cliente que recorre aos serviços de urgências e os profissionais de saúde tenham a percepção que o cuidado que a qualidade do cuidado também se alicerça em relações recíprocas entre ambos (Guedes, Henriques & Lima, 2013, p. 32-33).

Importa referir que o Sistema de Triage de Manchester prevê que pode ocorrer o agravamento da situação clínica do cliente no tempo de espera pela avaliação médica, permitindo que a prioridade de atendimento possa ser alterada mediante uma segunda avaliação. O estabelecimento da prioridade de atendimento é realizado a partir da queixa do doente que segue os fluxogramas para os diferentes problemas apresentados (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012, pp.188-189). Os fluxogramas são formados por discriminadores que podem ser classificados como gerais ou específicos. Os discriminadores são os sinais e sintomas que estabelecem a distinção entre as prioridades possíveis, deliberando a ordem de atendimento em conformidade com o seu grau de gravidade. Os discriminadores gerais aplicam-se a todos os utentes e dependem das respetivas condições clínicas, como, por exemplo: o risco iminente de morte, a dor, a presença de hemorragia, o estado de consciência e a temperatura. Os discriminadores específicos são aplicados individualmente e estão relacionados com as características da condição clínica apresentada pelo utente. Deste modo, a triagem realizada com recurso ao Sistema de Triage de Manchester assume-se como um processo dinâmico, podendo ser necessária uma reavaliação da

prioridade clínica durante o tempo de espera do utente pelo atendimento médico, independentemente da gravidade pré-estabelecida pela utilização dos fluxogramas (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012, p. 190).

3. Estratificação dos marcadores de risco dos clientes admitidos nos serviços de urgência.

Os serviços de urgência representam a principal porta de entrada no Sistema de Saúde, originando uma sobrelotação dos serviços (Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior & Chianca, 2014, p. 37).

A classificação de risco é percebida como um processo dinâmico, isto é, se os sinais e sintomas apresentados pelo utente evoluem, o mesmo é reclassificado e, conseqüentemente, o tempo de espera é alterado (Mackway-Jones, Marsden & Windle, 2010, p. 12).

Na mesma linha, Guedes et al. (2014, p. 38) referem que a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação que tem em consideração o potencial de risco, os danos à saúde ou o grau de sofrimento dos utentes. O objetivo dessa classificação consiste em avaliar a pessoa assim que acede ao serviço de urgência, permitindo a humanização do atendimento, uma vez que é determinada a área de atendimento primário e o tempo de espera para o atendimento médico, em conformidade com a gravidade da pessoa. Esta classificação permite descongestionar o serviço de urgência e proporcionar aos utentes/família um atendimento e informações necessárias (Guedes et al., 2014, p. 38).

Considerando estes pressupostos, os mesmos autores supracitados realizaram um estudo com o intuito de caracterizar a população classificada através da estratificação de risco de prioridade sustentada no Sistema de Triagem de Manchester, no serviço de urgência de uma instituição hospitalar de um município de Minas Gerais, Brasil. O estudo foi realizado com uma amostra de 500 registos de atendimento de utentes, selecionados sistematicamente e de forma aleatória. Os resultados revelam que a média de idade foi de 43,85 anos ($\pm 26,10$), sendo 56,4% dos utentes do sexo masculino. Os 34 fluxogramas mais utilizados foram a indisposição no adulto, dor abdominal, dor torácica, dor de garganta, feridas e vômitos, o que corresponde a 44% das classificações. Ficou também demonstrado que 50,8% dos utentes foram classificados na cor verde ou azul. Foram verificadas diferenças significativas na média de idades entre os diferentes níveis de classificação de risco ($p=0,002$), com a média de idade mais baixa nos utentes classificados na cor verde. Não se observou diferença estatística em relação ao sexo entre os grupos de classificação de risco. Foram encontradas diferenças significativas ($p=0,0001$) entre as

classificações de risco de utentes provenientes do próprio município e utentes residentes noutras localidades.

Oliveira, Gatti, Barreto, Junior, Góes e Matsuda (2017) realizaram um estudo descritivo-exploratório com a finalidade de conhecerem a percepção de 20 utentes de um serviço de urgência acerca do atendimento, tendo em conta o acolhimento com classificação de risco. Os utentes situavam-se na faixa etária dos 18-57 anos, correspondendo a uma média de 33 anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=13), solteiros (n=13), e que já tinham procurado anteriormente um serviço de urgência (n=15). Ficou demonstrado, através dos relatos dos utentes entrevistados, que a classificação de risco tem vantagens no atendimento às situações de emergência, com relatos de discordância em relação à classificação de risco estabelecida pelos profissionais de saúde. Os utentes, num cômputo geral, compreendem que os casos de emergência/mais graves devem dispor de um atendimento prioritário. No entanto defendem que o acolhimento e a humanização da assistência na atuação dos profissionais de saúde são insuficientes, traduzindo-se em insegurança e insatisfação.

O aumento crescente da procura do serviço de urgência resulta muitas vezes em pressões sobre a estrutura do serviço e os profissionais (Oredsson, Jonsson, Rognes, Lind, Göransson, Ehrenberg et al., 2011, p. 43). De acordo com os mesmos autores, os utentes que recorrem ao serviço de urgência são frequentemente confrontados com longos períodos de espera, o que constitui a principal causa da superlotação do serviço e insatisfação por parte dos utentes, comprometendo a situação do utente, uma vez que o tempo de atendimento é um fator determinante para o desfecho obtido.

Estudos demonstram que o tratamento inicial rápido e eficaz amplia as hipóteses de sobrevivência dos utentes em situação mais grave (Oredsson et al., 2011, p. 43). Estes devem receber cuidados adequados às suas necessidades em tempo útil. Assim, aqueles por exemplo, com lesões ou patologias de risco de vida necessitam de ser identificados de forma fiável e rápida (FitzGerald, Jelinek, Scott & Gerdtz, 2010, p. 87).

Souza, Toledo, Tadeu e Chianca (2011, p. 5) realizaram um estudo que teve como objetivo verificar o grau de concordância entre um protocolo institucional (protocolo do Hospital Municipal Odilon Behrens – HOB) e o protocolo de Sistema de Triagem de Manchester, para a classificação de risco de clientes atendidos no serviço de urgência de um hospital público de Belo Horizonte, no Brasil. O estudo teve como base de dados os registos realizados pelos enfermeiros, tendo sido avaliada e

realizada a classificação de risco. Do total de 204 clientes, a maioria (53,4%) era do sexo feminino com uma média de idade de 39,32 anos. Considerando a nomenclatura do protocolo do HOB, as queixas apresentadas pelos clientes, incluindo queixas urgentes, foram a insuficiência respiratória, a hemorragia digestiva, a hemiparesia aguda, a abstinência grave de álcool e drogas, a convulsão e o traumatismo craniano, além de queixas não urgentes (sintomas gripais, dor leve a moderada, vômitos e diarreia sem desidratação). Conforme a nomenclatura do protocolo da Sistema de Triagem de Manchester, a dor representou a principal queixa dos clientes, tendo a cefaleia e a dor abdominal correspondido a 31,5% do total das queixas, seguindo-se a indisposição no adulto (14,0%), a dor torácica (10,8%) e problemas nos membros (7,8%).

Aos autores não foi possível refazer a classificação do risco tendo em conta os dois protocolos em 38 casos, uma vez que não encontraram nos mesmos fluxogramas orientadores compatíveis com as queixas principais descritas. Nos casos não reclassificados, a queixa principal não estava bem descrita, havendo falta do registo do início, intensidade e duração dos sintomas. O grau de concordância por cor nos dois protocolos possibilitou verificar concordância média entre ambos nos clientes classificados com cor laranja, seguidos de concordância fraca dos classificados com cor verde, com cor amarela, com cor vermelha e mau com cor azul (Souza et al., 2011, p.5).

Ficou ainda documentado no mesmo estudo que, no nível de prioridade I, correspondente à cor vermelha, a concordância foi fraca, apesar da sensibilidade ser idêntica a 1, o que garante que todos os clientes classificados com cor vermelha pelo protocolo do HOB tenham sido igualmente classificados com vermelho pelo protocolo de Manchester. Com especificidade de 0,95 pode-se afirmar que os doentes não classificados com vermelho, pelo protocolo do HOB, também não serão classificados com vermelho pelo protocolo da Sistema de Triagem de Manchester. Com a cor laranja, a concordância entre os protocolos foi média, com 65% dos clientes classificados com a cor laranja pelos dois protocolos. Os clientes classificados com cor laranja pelo protocolo do HOB também são classificados com a mesma cor pelo protocolo da Sistema de Triagem de Manchester e os clientes não classificados com cor laranja não o são em ambos os protocolos. Dos clientes classificados com cor laranja por ambos os protocolos, 82,5% tinham algum tipo de dor, e a “dor intensa” foi definitiva para a concordância na classificação. Na cor amarela, o grau de concordância entre os protocolos foi fraco, verificando-se que, dos 109 clientes classificados com cor amarela pelo protocolo do HOB apenas, 35% foram também

classificados com a mesma cor pelo protocolo da Sistema de Triagem de Manchester. Entre os clientes que obtiveram concordância na classificação, o discriminador “adulto quente” foi determinante para a classificação com cor amarela nos dois protocolos, tendo sido igualmente importantes na determinação da classificação com cor amarela os discriminadores específicos “dor moderada” (13,2%), “dor pleurítica” (13,2%) e “cólica” (7,9%), entre outros. Em suma, a análise de concordância global entre os dois protocolos demonstra que existe maior probabilidade de ocorrerem “erros” na classificação de cores vizinhas do que na de cores extremas. Ficou demonstrado que o protocolo de Sistema de Triagem de Manchester fez aumentar o nível de prioridade dos clientes, provando ser um protocolo mais inclusivo. Os critérios de classificação do risco clínico dos clientes, estabelecidos em ambos os protocolos compreendem os níveis de prioridade e cor atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico, a reavaliação da enfermagem e o método de avaliação da queixa principal, estratificando o risco em cinco níveis distintos, referenciados por cores para facilitar a visualização (Souza et al., 2011, p.5).

A classificação do risco traduz-se “num processo dinâmico de identificação de clientes que necessitam de tratamento imediato, em conformidade com o potencial de risco, os danos inerentes à saúde ou ao grau de sofrimento, devendo, assim, o atendimento ser prioritário de acordo com a gravidade clínica do cliente e não com a ordem de chegada ao serviço de urgência” (Souza et al., 2011, p. 2).

Gonçalves, Júnior, Salgado e Chianca (2015) procuraram avaliar a relação entre a estratificação pela classificação de risco, mortalidade e permanência hospitalar num serviço de urgência, recorrendo ao 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 de um Hospital Municipal de Belo Horizonte, no Brasil. Foram atendidos 147 167 clientes, sendo a maioria do sexo feminino (55.9%). A classificação de risco mais frequente foi a amarela (47.4%), seguida da verde (36.5%), da laranja (14.2%), da azul (1.3%) e da vermelha (0.6%). A média de permanência no serviço foi inferior a um dia, e 95.4% dos clientes receberam alta hospitalar. Morreram 30% dos clientes classificados como vermelho, 2% dos laranjas e 3% dos amarelos. Verificou-se a existência de uma relação direta entre a gravidade da classificação dos clientes e o tempo de permanência hospitalar. Deste modo, ficou demonstrado que o sistema de classificação de risco utilizado pelos enfermeiros deste hospital se assumiu como um bom indicador para o risco de óbito e permanência hospitalar dos clientes admitidos no serviço de urgência.

No estudo de Guedes, Martins e Chianca (2015), cuja finalidade foi analisar o valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester em relação à evolução clínica de 577 clientes atendidos num serviço de urgência e submetidos a classificação de risco, ficou demonstrado que os clientes classificados com cor vermelha têm 10,7 vezes mais de hipóteses de ter pontuação acima de 14 no TISS-28 em relação aos outros. Os clientes classificados com cor vermelha têm 5,9 vezes mais de hipóteses de evolução para óbito em comparação com restantes. Os clientes de alta prioridade de atendimento têm 1,5 vezes mais hipóteses de ficarem internados mais de 5 dias do que os de baixa prioridade. O Sistema de Triagem de Manchester revelou ser um bom preditor para os desfechos clínicos. No que se refere à gravidade dos clientes, 81,1% foram classificados de classe I (clientes fisiologicamente estáveis e requerendo observação profilática), 16,5% de classe II (clientes estáveis fisiologicamente, contudo a requererem cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua) e 4% foram incluídos na classe III (clientes graves e instáveis hemodinamicamente). Foi encontrada significância estatística entre as classes de classificação pelo TISS-28 e os grupos da classificação de risco ($p < 0,001$). Neste estudo, não se registaram casos de classe IV de gravidade (Guedes et al., 2015, p.45).

Guedes, Almeida, Ferreira, Vieira Júnior e Chianca (2014) já tinham realizado um estudo no mesmo serviço de urgência onde Guedes et al. (2015) desenvolveram a sua investigação. Trata-se de um estudo dos registos de atendimento de todos os clientes que deram entrada no mesmo, tendo sido classificados como “vermelho” (1,4%), “laranja” (9,2%), “amarelo” (36,2%), “verde” (47,0%) e “azul” (6,2%). Este estudo revela que, após 24 horas, esta realidade se altera, uma vez que a tendência é para os clientes classificados como pouco urgentes e não urgentes não se encontram já no hospital. Por conseguinte, após 24 horas, encontraram-se classificados como “vermelho” (3,6%), “laranja” (27,4%), “amarelo” (46,3%), “verde” (10,7%), “azul” (0,2%), “branco” (11,6%), o que é justificável, de acordo com os mesmos autores, por se tratar de um hospital inserido num contexto em que os cuidados de saúde primários não estavam estruturados para atender os casos de menor complexidade. Deste modo, 53,2% das classificações foram “pouco urgentes” (verde) e “não urgentes” (azul). Após 24 horas, permaneceram no hospital pessoas com prioridade clínica mais elevada e, daí, o predomínio de pessoas classificadas como amarelo e laranja.

A implantação de um sistema de ordenação de prioridade no atendimento no serviço de urgência, ou seja, de classificação de risco, tem por finalidade estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo para se manter o foco nas necessidades do cliente. Esta é uma alternativa eficaz na diminuição do tempo de espera dos clientes,

implicando a qualificação desse atendimento de forma humanizada e acolhedora (Júnior & Matsuda, 2012, p.751). Segundo Santos e Ferri (2016, p. 9), o atendimento deve processar-se de acordo com critérios clínicos, identificando-se as condições de risco de vida, com base nos sintomas apresentados pelo cliente, bem como nas queixas, sinais vitais, saturação de O₂, escala da dor, glicemia, entre outros, agindo no tempo terapêutico, organizando o processo de trabalho, de modo a reduzir a superlotação do serviço de urgência. Deste modo, tem de se organizar o fluxo de clientes que procuram as unidades de urgência/emergência, garantindo a fluidez nas áreas físicas nestas unidades, que devem ser divididas por eixos e áreas. Assim, o cliente, ao recorrer ao setor de emergência, é acolhido pelo enfermeiro que faz a escuta qualificada para o classificar com cores, conforme critérios de risco (Santos & Ferri, 2016, p. 9).

Importa também referir que, ao analisar-se o serviço de urgência, tendo em conta o seu funcionamento 24 horas por dia, a proximidade que frequentemente possui com enormes áreas de residência e por assegurar cuidados a clientes sem acesso a outras redes de cuidados de saúde, faz com que este serviço fique mais exposto a uma utilização abusiva (Gomes, 2013, p.17).

O protocolo de Manchester caracteriza-se, primordialmente, pela capacidade de estratificar os clientes de acordo com o seu quadro clínico, em conformidade com o potencial de risco que apresenta. Assim, a partir da realização de uma apurada triagem, que objetiva a análise de sinais e sintomas, a equipa, previamente capacitada, determina a gravidade do quadro do cliente, identificando o tempo de espera e o tratamento pelo qual o mesmo deverá passar, aumentando, assim, a eficiência do atendimento (Campos, Medeiros, Lara, Maldonado & Delben, 2016, p. 94). Sendo assim, o serviço de acolhimento constituiu-se, principalmente, na necessidade de humanizar o atendimento, bem como de torná-lo mais ágil e efetivo. Por conseguinte, o protocolo de Manchester ao identificar e priorizar o atendimento do cliente, reorganizando os fluxos operacionais, possibilita que todos tenham acesso a ele, ou seja, não tem como finalidade excluir clientes, mas estratificá-los de acordo com as suas necessidades, visando um atendimento com responsabilidade (Campos et al., 2016, p. 94).

Face à realidade portuguesa, Gomes (2013, p.17) refere que a elevada procura do serviço de urgência se deve a fatores como: "(i) a iniciativa pessoal do utente, quer pela proximidade, facilidade de acesso e pela crença de que estes serviços oferecem um vasto leque de cuidados de saúde; (ii) utentes que são enviados pelo seu médico de família, devido à falta de meios complementares de diagnóstico e para que este

possa, mais rapidamente, obter informações para o estudo de condições clínicas, ou por se tratar de uma via, relativamente fácil, para o internamento; e, (iii) a existência de idosos abandonados ou sem-abrigo ou utentes com doenças crónicas e/ou terminais que, apesar de padecerem de problemas de saúde e/ou sociais, não possuem critérios para a permanência neste tipo de serviços”.

Novo (2010, p. 68), ao estudar os serviços de saúde no distrito de Viana do Castelo, afirma que, apesar do aumento de médicos generalistas, o serviço de urgência continuava a ser utilizado como fonte de cuidados primários por parte dos utentes, sobretudo por clientes que não foram referenciados anteriormente pelo médico de família.

Gomes (2013) realizou um estudo no qual procurou identificar o perfil dos clientes do serviço de urgência do Hospital de São João, tendo, para tal, solicitado, dados de episódios de urgência ocorridos durante um período de 6 meses no referido Hospital. Concluiu que uma cliente na faixa etária dos 18-30 anos recorreu à urgência durante a noite tendo-lhe sido atribuída uma pulseira azul, abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, apresentando 91,92% de probabilidade de utilizar este serviço de forma abusiva. Contrariamente, um homem com mais de 60 anos que recorreu ao serviço de urgência durante o dia, estando isento do pagamento de taxas moderadoras, abrangido pela ADSE, tendo-lhe sido atribuída uma pulseira laranja. Este cliente apresenta somente 39,93% de probabilidade de ter um comportamento abusivo.

Justo (2015) caracterizou e analisou o acesso dos clientes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central ao serviço de urgência do Hospital de referência (Hospital de S. José). A análise da informação a partir da base de dados cedida pelo Centro Hospitalar Lisboa Central, onde constavam os registos de todas as admissões do ano de 2014 referentes ao serviço de urgência polivalente do referido Hospital, abrangeu 81928 episódios e 15042 episódios referentes a clientes frequentadores. Os resultados obtidos documentam que a proximidade ao serviço de urgência se assumiu como fator determinante da procura de cuidados hospitalares urgentes. O facto de o cliente não possuir médico de família não se relaciona com a procura do serviço de urgência. Metade das admissões é considerada “pouco urgentes” (pulseira verde), não existindo uma variação significativa entre as unidades funcionais e o tipo de modelo das mesmas (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados ou Unidade de Saúde Familiar), no que se refere à procura das urgências por parte dos seus clientes.

Outo fator relevante consiste no acolhimento com classificação de risco, que se assume como um relevante instrumento desenvolvido para a promoção da melhoria da organização dos serviços de urgência/emergência, nos quais o atendimento é efetuado em conformidade com o grau de gravidade apresentado pelo cliente, pelos riscos de agravamento ou pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos (Oliveira & Guimarães, 2013, p. 25). Em conformidade com as mesmas autoras, o principal objetivo é a promoção de um “atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de urgência/emergência e não pelo antigo sistema, no qual os clientes eram atendidos por ordem de chegada, podendo acarretar riscos e agravos à sua saúde” (p. 25).

Na perspectiva de Oliveira e Trindade (2010, p.161), o enfermeiro é dos profissionais mais apropriado para triar os clientes, uma vez que, na sua formação, aprende a prestar assistência de uma forma holística, isto é, tem formação para atender às suas necessidades físicas, psicológicas e, caso seja necessário, às respectivas necessidades sociais. Por conseguinte, o acolhimento com classificação de risco consiste num processo de alterações que procura melhorar as relações entre os profissionais de saúde e os clientes dos serviços de urgência/emergência, objetivando um atendimento mais resolutivo, que identifique e priorize os atendimentos realizados no referido serviço, sem deixar de tratar os clientes de forma digna e humanitária (Feijó, Júnior, Souza & Dias, 2015, p. 628).

Em suma, o acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta da organização do serviço de saúde com o objetivo de definir prioridades de atendimento por gravidade, riscos de agravamento do quadro clínico dos clientes e pelo grau de sofrimento ou vulnerabilidade que estes apresentem (Oliveira & Guimarães, 2013, p. 30) Compete ao enfermeiro reunir as condições necessárias, que compreendem uma linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco do cliente em conformidade com o grau de urgência de seu estado de saúde, de acordo com um sistema predefinido: emergência, urgência, menor urgência e baixa complexidade (Feijó et al., 2015, p. 628).

2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

4. Métodos

Através da revisão teórica, procurou-se enquadrar a problemática da estratificação dos marcadores de risco dos clientes admitidos no serviço de urgência, com foco na última geração. Esta segunda parte, de contribuição pessoal, compreende os métodos utilizados, identifica a questão orientadora deste estudo, expõe a finalidade e objetivos do mesmo, apresenta os participantes, explica os instrumentos e processos de recolha de dados, nomeia e descreve as variáveis em estudo e aponta os procedimentos estatísticos adotados, terminando com considerações éticas.

Os serviços de urgência e emergência têm representado a principal forma de acesso ao sistema de saúde, gerando muitas vezes a sobrelotação nas unidades, que se agrava pela falta de preparação da equipa de saúde para receber tal contingente (Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior & Chianca, 2014, p. 38). Solucionar problemas através da reorganização destes serviços tornou-se essencial, visando estabelecer critérios que permitam que o cliente não corra riscos decorrentes da espera. Neste âmbito, a triagem estruturada, ou seja, o acolhimento com classificação de risco, é apontada como um dispositivo importante, dado que possibilita que os clientes mais graves sejam atendidos em primeiro lugar (Guedes et al., 2014, p.38).

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação que considera o potencial de risco, os danos à saúde e o grau de sofrimento dos clientes. Deste modo, o método desta classificação consiste em avaliar o cliente assim que chega à unidade, humanizando o atendimento já que a área de atendimento primário e o tempo de espera para o atendimento médico são determinados de acordo com a gravidade do cliente. Assim, é possível descongestionar o serviço de urgência e proporcionar aos clientes e familiares um atendimento adequado e informações necessárias (Guedes et al., 2014, p.38).

Neste contexto emergem questões às quais procuraremos dar resposta que fundamentem a definição de boas práticas, pelo que partimos, como já referido, da seguinte questão geral de investigação:

- Qual é o nível de risco clínico mais prevalente nos clientes com prioridade clínica vermelha, admitidos no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal, durante o ano de 2017?

Com a pretensão de dar resposta à questão orientadora, foi definido o seguinte objetivo geral: Determinar o nível de risco mais prevalente nos clientes com prioridade clínica vermelha, admitidos no serviço de urgência.

O presente estudo de análise quantitativa e de coorte retrospectivo pretende descrever as características do risco clínico mais prevalente nos clientes admitidos no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro do país, numa amostra de 427 clientes, no período ano de 2017, e explicar a relação entre as variáveis. Concomitantemente apresenta as características de um estudo descritivo e correlacional, cujos objetivos específicos são:

- Caracterizar o contexto sociodemográfico dos clientes com prioridade clínica vermelha;
- Calcular o tempo que decorre desde a triagem realizada pelo enfermeiro até à primeira avaliação médica;
- Determinar o tempo de permanência no serviço de urgência;
- Analisar a influência da idade e do género no nível de risco.
- Descrever o diagnóstico clínico e a presença de manobras de RCP;

Definido o tipo de estudo e os objetivos a atingir, procedeu-se à composição do instrumento de recolha de dados e identificação das variáveis que melhor se coadunassem à natureza do problema e ao tipo de análise que se pretendia efetuar.

Assume-se como importante a análise da estratificação do risco de clientes que recorreram a um serviço de urgência no espaço temporal de um ano civil completo. Igualmente importante é analisar a estratificação do risco dos clientes num hospital central, sendo que o mesmo dispõe de completos e amplos cuidados de saúde, diversas especialidades clínicas e vastos exames e meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT).

Nesta perspetiva e em face do suporte teórico descrito, bem como das variáveis independentes selecionadas (variáveis sociodemográficas, variáveis de contexto clínico) e a sua prevista influência no nível de risco (variável dependente), elaborámos um modelo esquemático apresentado na figura 2, com o qual se pretende explicar as inter-relações das diversas variáveis com o nível de risco clínico mais prevalente nos clientes admitidos no serviço de urgência, que se assume neste estudo como variável dependente.

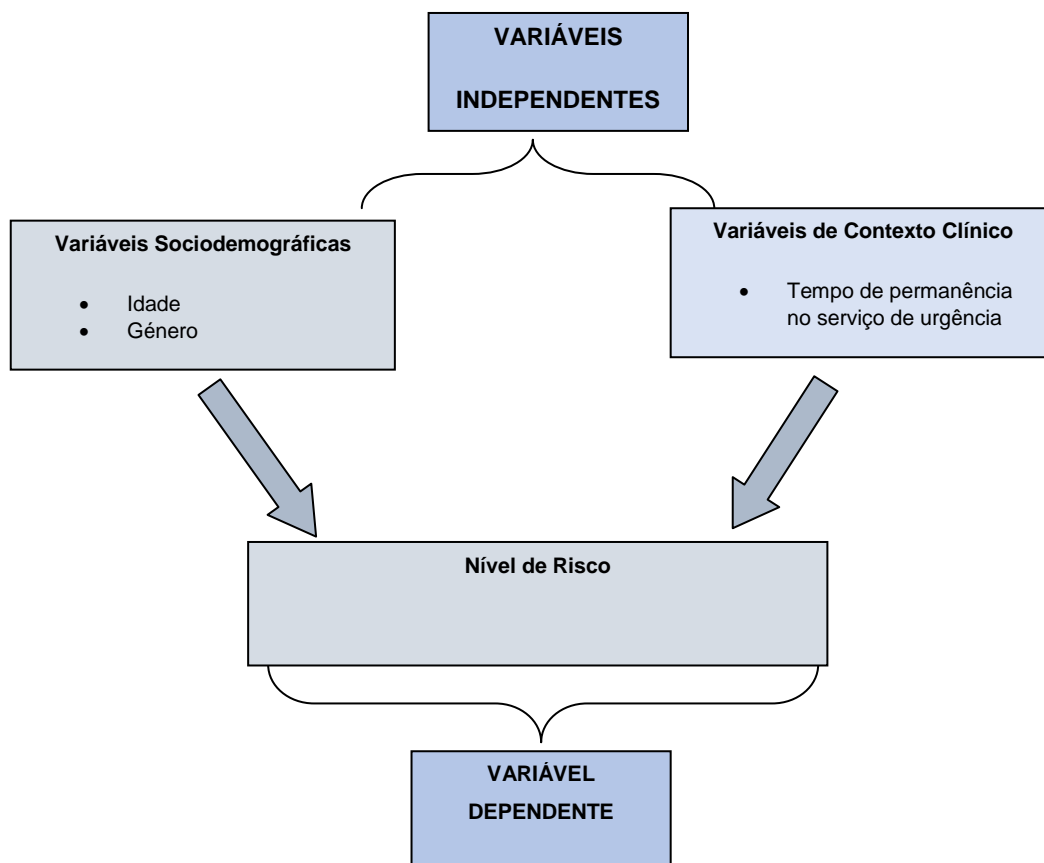


Figura 2 - Desenho do estudo: esquema conceptual da investigação

Com a gama de variáveis descritas, pretende-se apurar se existe um perfil diferenciador dos utentes que recorreram ao serviço de urgência, suportando, desta forma, uma resposta ao nível de risco mais prevalente nos clientes admitidos no serviço de urgência.

4.1. Participantes

A população deste estudo corresponde a todas as pessoas que durante o ano de 2017 recorreram ao serviço de urgência de um centro hospitalar da zona centro do

país, num total de 86621 clientes. A mostra não probabilística integra 427 utentes, sendo 225 (52.7%) do género masculino e 202 (47.3%) do género feminino, triados com prioridade clínica vermelha.

4.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Na globalidade da amostra, a idade mínima é de 19 anos e a máxima de 99 anos, a que corresponde uma média de idades de 69 anos (± 20 anos). Para o género masculino, que representa 52,7%, a idade mínima é 19 anos e a máxima de 99 anos, e para o género feminino, com uma representatividade de 47,3%, a mesma oscila entre os 22 e os 98 anos. As mulheres, em média ($M=73,54 \pm 18,67$ anos), são mais velhas do que os homens ($M=65,47 \pm 20,65$ anos). Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão moderada e elevada face à média das idades encontradas. Entre o género, encontrámos significância estatística ($t=-4.24; p=0.000$) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas da idade em função do género.

Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	t	p
Masculino	225	19	99	65.47	20.65	31.54	-3,77	-4.24	0.000
Feminino	202	22	98	73.54	18.67	25.38	-4.83		
Total	427	19	99	69.29	20.13	29.05	-6.03		

Ainda em relação à idade, como exposto na Tabela 4, verifica-se que, para a totalidade da amostra, prevalecem os clientes com idade igual ou superior a 80 anos (38,9%). Analisando os resultados por género, observa-se que este grupo etário, no masculino representa 40.4% e no feminino 59.6%. Seguem-se os utentes com idade inferior aos 65 anos (36,3%), sendo este grupo etário representado por 63.9% utentes do género masculino e 36.1% do género feminino.

Em relação à zona de residência, estão em maioria (93,2%) os clientes do distrito de Viseu, dos quais 51,8% são do género masculino e 48,2% do género feminino (cf. Tabela 4).

Quanto ao sistema de saúde, prevalecem os clientes que não pertencem ao SNS (55,04%), com uma representatividade de 48,9% no género masculino e 51,1% no género feminino (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica em função do género.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	nº (225)	% (52.7)	nº (202)	% (47.3)	nº (427)	% (100.0)
Idade						
<65 anos	99	44.0	56	27.7	155	36.3
65-70 anos	17	7.6	13	6.4	30	7.0
71-79 anos	42	18.7	34	16.8	76	17.8
≥80 anos	67	29.8	99	49.0	166	38.9
Distrito de residência						
Viseu	206	91.6	192	95.0	398	93.2
Outro	19	8.4	10	5.0	29	6.8
Sistema de saúde						
SNS	110	48.9	82	40.6	192	44.96
Outros	115	51.1	120	59.4	235	55.04
Total	225	100.0	202	100.0	427	100.0

4.2. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados abrangeu os episódios de urgência da prioridade clínica vermelha, através da informação obtida pelo Sistema de Informação Alert[®], de um Centro Hospitalar da região centro do país. Foi, *a posteriori*, realizado uma grelha de recolha de dados (cf. anexo 1), que contém a seguinte estrutura:

Variáveis sociodemográficas: idade, género, distrito de residência, proveniência e sistema de saúde;

Variáveis de contexto clínico: data de admissão, hora de admissão, dia da semana e transporte; queixa, fluxograma, discriminador, tempo de triagem, tempo permanência, destino, estado do cliente, hora de alta

Marcadores de risco: parâmetros vitais (FC, T^o, FR, PA, ECG, glicémia capilar, Sato2, volume de O₂, gasimetria); interpretação da gasimetria; oxigenoterapia; manobras de RCP e exames complementares de diagnóstico

4.3 – Variáveis e operacionalização

As variáveis em estudo compreendem a **variável dependente nível de risco** (tabela 12) e as **variáveis independentes** seguintes:

4.3.1-Operacionalização das variáveis independentes

	Variável	Operacionalização	Recodificação
Variáveis sociodemográficas	Idade	Anos	Grupos etários: ≤70anos; ≥71 anos <65anos;65-70 anos;71-79 anos;≥80 anos
	Género	Masculino Feminino	-----
	Distrito de Residência	Viseu Outro	-----
	Sistema Saúde	SNS Outros	-----
	Proveniência	Domicílio Acidentes Viação, Mota Campo Lar UCC Centro Saúde Transferência Hospitalar	Domicílio Acidentes Viação Institucionalizações Outros
	Variáveis de Contexto Clínico	Data de admissão	dd/Mês/Ano
Hora de Admissão		HH:MM	Minutos
Dia Semana		Dias da semana	Segunda, Terça; Quarta; Quinta Sexta, Sábado; Domingo
Transporte		Transporte próprio; VMER, HELI; INEM; SIV; Ambulância; Táxi;	Ambulância; VMER, INEM; Táxi e transporte próprio
Queixa		Queixa do cliente	Constituídos grupos de acordo com CID10
Fluxograma		Fluxograma do sistema de Triagem Manchester	Estado de inconsciência; dispneia; convulsões; problemas oftálmicos; diabetes, TCE; queda; dor torácica; dor abdominal; queimaduras; corpo estranho; hemorragia
Discriminador		Discriminador do sistema de Triagem Manchester	Choque; compromisso da via aérea; convulsão; dispneia; estado de inconsciência; síncope; hemorragia; hipo/hiperglicemia; indisposição; lesão ocular; respiração ineficaz
Tempo após triagem e observação médica		Tempo que decorre após a triagem até à observação médica	0h-8h 8h-14h 14h-20h 20h-0h
Tempo permanência no SU		Tempo total que o cliente permaneceu no serviço de urgência	≤120m 121-240m 241-360m ≥361m
Destino		Destino do doente	Alta Internamento SO UCIP Óbito Outros

Área

A área está relacionada com a escolha do fluxograma de apresentação que é maioritariamente ditada pela queixa de apresentação do cliente, prossequindo necessariamente com a recolha e análise de informações que possibilitem a determinação da prioridade clínica. O fluxograma estrutura este processo, mostrando discriminadores-chave em cada nível de prioridade, sendo a avaliação realizada a partir da prioridade clínica mais elevada (*Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester* (2010)). Assim, a área engloba as cinco cores da Triagem de Manchester: vermelho, laranja, amarela, azul e verde, sendo a selecionada neste estudo a prioridade clínica vermelha.

Tempo de permanência no serviço de urgência

Corresponde ao período de tempo, em minutos, que decorre desde a admissão do cliente até a sua alta clínica, transferência hospitalar ou internamento em serviços hospitalares.

Marcadores de risco

Com o objetivo de minorar as discrepâncias a nível da interpretação, foram operacionalizados os valores de referência para cada um dos marcadores clínicos.

Valores de Pressão Arterial (PA) - Correspondem aos valores da **pressão** que o sangue exerce na parede das artérias por onde circula, paredes que, por isso, ficam sob **tensão**, distendidas pela pressão do sangue.

Pressão arterial designa-se por **sistólica e diastólica**, referindo-nos ao valor máximo alcançado com a contração do coração (**sístole**) e ao valor mínimo quando o coração a seguir se distende e relaxa (**diástole**). A unidade de medida é em milímetros de mercúrio (mmHg).

Segundo a classificação atribuída pela Direção Geral de Saúde (Nº: 2/DGS, 2004), a pressão arterial poderá ser catalogada como se apresenta (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - 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 Norma N°: 2/DGS, 2004.*

Frequência Cardíaca (FC)

Define-se como a velocidade do ciclo cardíaco, medida pelo número de contrações do coração por minuto (bpm): a frequência cardíaca foi classificada (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Classificação dos valores de Frequência Cardíaca

Classificação	Valores (bpm)
Bradycardia	<50
Normal, Normocárdico	60-100
Taquicardia	>100

Fonte: *Schaffler e Menche (2004, p.27)*

Valores de Frequência Respiratória (FR)

Corresponde ao número de movimentos /ciclos respiratórios por minuto: a unidade de medida é designada por movimentos por minuto (cpm) (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Classificação dos Valores de Frequência Respiratória.

Classificação	Valores (cpm)
Bradipneia	<12
Normal/ Eupneico	16-20
Taquipneia	>20

Fonte: *Schaffler & Menche (2004, p.140)*

Valores da Gasimetria

Consiste na determinação de gases (oxigénio e gás carbónico) distribuídos no sangue, do pH e do equilíbrio ácido-base numa amostra de sangue (arterial ou venoso) (cf. Tabela 8).

Tabela 8- Classificação dos Valores de Gasimetria.

Interpretação Gasimetria	PH	PaO2(mmHg)	PaCo2(mmHg)	HCO3
Normal	7.35-7.45	70-100	35-45	22-26
Alcalose Respiratória	>7.45	-----	<35	-----
Acidose Respiratória	<7.35	-----	>45	-----
Alcalose Metabólica	>7.45	-----	-----	>26
Acidose Metabólica	<7.35	-----	-----	<22

Fonte: *Silva, 2000*

Saturação de Oxigénio (SaO2): Conteúdo de oxigénio/Capacidade de oxigénio, corresponde à relação entre o conteúdo de oxigénio e a capacidade de oxigénio, os valores normais oscilam entre 95% a 100%.

Valores de Glicémia (G)

Indicam a taxa de glicose no sangue: a sua unidade de medida é em miligramas por decilitro (mg/dl) (Schaffler & Menche, 2004, p. 328).

O *Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester* (2010, p. 119) apresenta um fluxograma concebido para permitir a categorização de clientes de acordo com os valores de glicémia (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - 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: *Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester* (2010, p. 119)

Dor

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes. A avaliação e registo da intensidade da dor têm que ser realizados de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa e melhorar a qualidade de vida do doente. A Direção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, instituiu, através de Circular Normativa (2003), a “Dor como o 5º sinal vital”. Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, o registo sistemático da intensidade da dor.

O Sistema de Triagem de Manchester valoriza a avaliação da dor, sobretudo a intensidade da mesma, classificada como severa (significativa e insuportável), moderada (significativa, mas suportável) e ligeira (não significativa). Adicionalmente, o tipo, a localização e a irradiação da dor também são valorizadas, mas em discriminadores específicos. Existem exceções, designadamente, a dor precordial que, independentemente da sua intensidade, correspondente à cor laranja (prioridade muito urgente) e a dor pleurítica, que é sempre sinónima (no mínimo) de cor amarela (prioridade urgente). Segundo o Sistema de Triagem de Manchester, a dor precordial é classicamente definida como uma dor constrictiva no centro do peito, podendo irradiar para o braço esquerdo ou para o pescoço, e a dor pleurítica é uma dor aguda no peito, que piora quando se respira, tosse ou espirra (Silva, Diniz, Araújo & Souza, 2013).

No Sistema de Triagem de Manchester, as queixas de dor podem ser avaliadas como queixa principal em fluxogramas específicos (como os fluxogramas de dor abdominal, 66 cefaleia e dor torácica), ou como queixas secundárias, mediante a utilização de uma régua da dor (cf Figura 3), que ajuda a simplificar a sua avaliação (Carvalho, 2016, p.65). A régua da dor integra os conceitos da escala numérica, da escala verbal e da EVA, e é classificada de zero (sem qualquer dor) a dez (dor máxima/sem controlo) (Carvalho, 2016, p. 66).

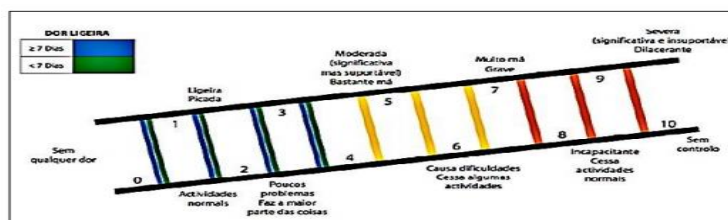


Figura 3 – Régua da dor.
Fonte: Carvalho (2016, p.66)

A cada número da régua corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, ou seja, existe uma indexação da intensidade da dor à prioridade clínica atribuída (cf. Figura 4). A dor ligeira (dor 1 a 4, inclusive) corresponde à cor verde (prioridade pouco urgente), sendo que o seu início vai até sete dias; a dor moderada (dor 5 a 7, inclusive) corresponde à cor amarela (prioridade urgente); a dor severa (dor 8 a 10, inclusive) corresponde à cor laranja (prioridade muito urgente) (Carvalho, 2016, p. 66).

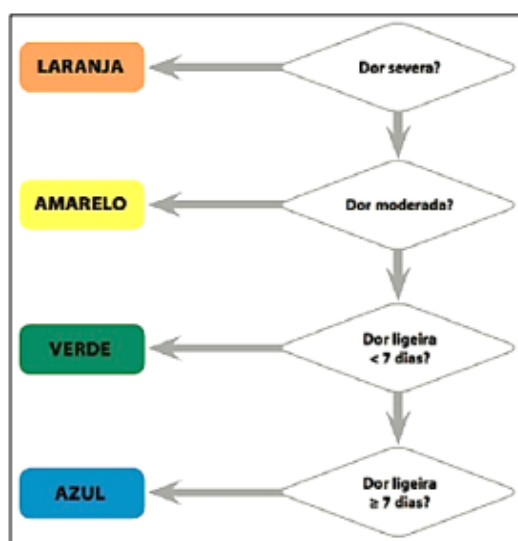


Figura 4 - Indexação da dor à prioridade na triagem

Fonte: Carvalho (2016, p. 66)

Outra escala utilizada é de Faces, na qual é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada. É solicitado ao doente que diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correto. Estas caras demonstram o quanto algo pode magoar. A face mais à esquerda não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor (cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita) – que mostra muita dor. Assim, é solicitado ao doente que aponte para a cara que mostra o quanto lhe dói nesse momento (Direção-Geral da Saúde, 2010)

O desafio da avaliação da dor é especialmente relevante em pessoas na fase aguda (por exemplo, dor precordial), tendo sido assumido em alterações recentes ao Sistema de Triagem de Manchester que a dor ligeira crónica (definida como estando presente há mais de uma semana), na ausência de outros fatores, corresponde à cor

azul (prioridade não urgente) (Carvalho, 2016, p. 67).

Temperatura Corporal (T°)

Corresponde a temperatura média do organismo humano. O centro de regulação da temperatura corporal localiza-se no hipotálamo, enquanto o ponto de regulação se situa na hipófise, podendo ser modificado em caso de doença, originando febre durante uma infeção ou inflamação, por exemplo. Pode existir variação de temperatura corporal sem alteração do ponto de regulação, o que se designa por hipertermia (aumento da temperatura do corpo) e hipotermia (diminuição da temperatura do corpo). A unidade de medida corresponde a graus centígrados (°C).

A temperatura é usada como um discriminador geral. Pode avaliar-se a temperatura da pele através da impressão clínica (tato), no entanto deve ser mensurável (valor timpânico, axilar). Se a pele está muito quente ao tato, diz-se que o doente está muito quente, correspondendo a uma temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica. Da mesma forma, se a pele estiver quente ao tato, diz-se que o doente está quente, o que corresponde a uma temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ e $< 40,9^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica. Um doente 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 (*Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester*, 2010, p. 36) (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Classificação dos Valores de Temperatura.

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

Fonte: *Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester* (2010, p. 220)

Os clientes com a pele fria podem denominar-se clinicamente como frios – este discriminador corresponde a uma temperatura $< 35^{\circ}\text{C}$. Um adulto ou criança muito quente deverá ser sempre integrado na categoria “muito urgente”, correspondendo, respetivamente, a uma temperatura timpânica de $\geq 41^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 39,9^{\circ}\text{C}$. O adulto ou criança quente deverá ser integrado na categoria de “urgente”, correspondendo uma temperatura timpânica de $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$. Os clientes com temperatura timpânica $< 35^{\circ}\text{C}$ (independentemente da idade) devem ser sempre integrados na prioridade muito “urgente” (*Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester*, 2010, p. 36).

Índice de reatividade de Glasgow (ECG)

Glasgow Coma Scale (GCS), apresentada em português como “Escala de Glasgow”, é uma escala neurológica que permite medir/avaliar o nível de consciência de uma pessoa com um traumatismo crânio-encefálico, doença interna e/ou metabólica. Avalia três parâmetros: a abertura ocular, a resposta motora e a resposta verbal. De acordo com a resposta do doente, os profissionais de saúde atribuem um valor a cada parâmetro. A soma dos três valores constitui o resultado final da Escala de Glasgow. Analisando a forma como o doente abre os olhos, a pontuação pode ir de 1 (se o doente não responder) até 4 (se a abertura ocular ocorrer de forma espontânea). No caso da resposta verbal, os valores começam em 1 (quando não há qualquer resposta) e vão até 5 (resposta orientada). Por fim, relativamente à resposta motora, a escala contempla valores de 1 (ausência de resposta) a 6 (quando a pessoa reage às ordens expressadas pela voz). No que diz respeito aos valores, o valor mais baixo que se pode obter com a Escala de Glasgow é de 3 pontos, ao passo que o valor mais alto é de 15 pontos. O doente que obtenha menor pontuação sofre de danos crânio-encefálicos mais graves. Consoante o resultado da Escala de Glasgow, assim se prescreve o tratamento a seguir (Oliveira, Pereira & Freitas, 2014, p. 27).

Estratificação da prioridade clínica

A escolha de um fluxograma de apresentação conduz à seleção de um determinado número de discriminadores gerais e específicos, aferidos face à condição apresentada pelo cliente. A capacidade de implementação do método de triagem baseia-se na avaliação desta aferição. Os profissionais de saúde avaliam e decidem se os critérios para a presença de certos discriminadores se verificam, assim como qual dos discriminadores presentes tem maior prioridade clínica. Este passo representa, basicamente um procedimento. O resultado inevitável da recolha, análise e discussão de informações é a seleção de um determinado discriminador (geral ou específico) como o positivo. Esta seleção conduz a atribuição de uma da prioridade, conforme descritas na Tabela 11 (*Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester*, 2010, p. 38)

Tabela 11 – Escala de Triagem de Manchester.

Número	Nome	Cor	Tempo -Alvo
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: *Manual do Formando do Sistema de Triagem de Manchester* (2010, p. 38)

4.3.2- Operacionalização da Variável Dependente

O **nível de risco** foi operacionalizado tendo por base a estratificação dos parâmetros clínicos abaixo descritos.

Procedeu-se à classificação de cada parâmetro clínico atribuindo a cada um o score zero (0), ou seja sem risco, e o score um (1), tradutor da existência de risco. O nível de risco global oscila assim, entre um mínimo de zero (0) e um máximo de dezoito (18). (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Estratificação do nível de risco

Estratificação do Nível de Risco		
Parâmetros	Classificação	Score de risco
Pressão arterial	Normal	0
	Hiper/Hipotensão sistólica :TAS≥140mmHg;TAS≤90mmHg	1
	Hiper/Hipotensão diastólica: TAD≥90/TAD≤60	1
Frequência cardíaca	Normal :FC:61-119bpm	0
	Bradycardia :FC<60bpm	1
	Taquicardia .FC> 120bpm	1
Saturação de oxigénio	Normal : ≥95%	0
	Hipóxia :<95%	1
Gasimetria	Normal: PH:7,35; PCo2:35-45mmHg; P02 70-100mmHg	0
	Alcalose: PH>7.45 ;PCo2<35mmHg;HCO3>28mEq/L	1
	Acidose:PH<7.35; Pco2>45mmHg;HCO3<22mEq/L	1
Volume de oxigénio	Normal : sem oxigenoterapia	0
	Muito Baixo : até 1 L	1
	Baixo :2L-4L	2
	Ligeiro :5L-9L	3
	Moderado :10L-12L	4
	Grave : Venturi Mask	5
	Muito Grave: VNI	6
Elevado :MAC	7	
Muito Elevado:EOT	8	
Temperatura	Normal: T° 35°C-37,4°C	0
	Hipotermia: T°<35°C	1
	Hipertermia: T°37,5	1
Glicémia	Normal: BMT:56-200mg/dl	0
	Hipoglicémia: BMT:<55 mg/dl	1
	Hiperglicémia: BMT>200mg/dl	1
Escala de Coma de Glasgow	Normal: ECG:15	0
	Leve: ECG: 13-14	1
	Moderado : ECG:9-12	2
	Grave: ECG:3-8	3
Manobras RCP	Sem realização de manobras de RCP	0
	Realização de Manobras de RCP	1
Valor global do nível de risco		18

4.4- Considerações éticas e integridade da investigação

Perante a necessidade da recolha de dados dos clientes e da instituição de saúde, após a estruturação do Projeto de investigação “**Evidências para Não arriscar Vidas: do pré hospitalar ao serviço de urgência e à alta**”, a Equipa de Investigação solicitou autorização para a concretização do estudo ao Conselho de Administração da instituição selecionada como participante a qual foi diferida (cf. Anexo 2). O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética em Saúde.

Face à necessidade da utilização da informação administrativa correspondente ao episódio de urgência, desenvolveu-se o compromisso ético de respeitar todos os princípios da confidencialidade e privacidade decorrentes de uma base de dados administrativa. Toda a informação recolhida foi sujeita a pseudoanonimização e discricção profissional, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Não obstante, tratando-se de dados referentes a episódios de urgência, neste trabalho de investigação, as questões éticas inerentes ao mesmo foram reconhecidas ao longo da sua execução, assegurando sempre o compromisso de respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização destes dados.

5. Resultados

Neste capítulo faz-se a apresentação dos resultados, tendo em conta a questão de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

Alerta-se para o facto do n amostral, não corresponder em todas as variáveis a 427, porquanto se verificou existirem falta de registos de diversos parâmetros, traduzindo-se em missing estatísticos.

- **Período de admissão** no serviço de urgência

Como observado na figura 5, o período de admissão no serviço de urgência das 8h-14h é o mais significativo, correspondendo a 39% dos clientes.

No que concerne o período de admissão compreendido entre as 8h-14h, verifica-se a admissão de 168 clientes, sendo 79 (47.0%) do género masculino e 89 (53%) do género feminino. Dos 160 clientes com hora de triagem entre as 8h-14h, 77 (48.1%) são do género masculino e 83 (51.9 %) do género feminino (cf. Tabela 21).

Relativamente aos 168 (39.3%) clientes com hora de admissão no serviço entre as 8h-14h, verificaram-se 64 (38.1%) com idade ≤ 70 anos e 104 (61.9%) clientes na faixa etária ≥ 71 anos (cf. Tabela 22).

Hora de admissão

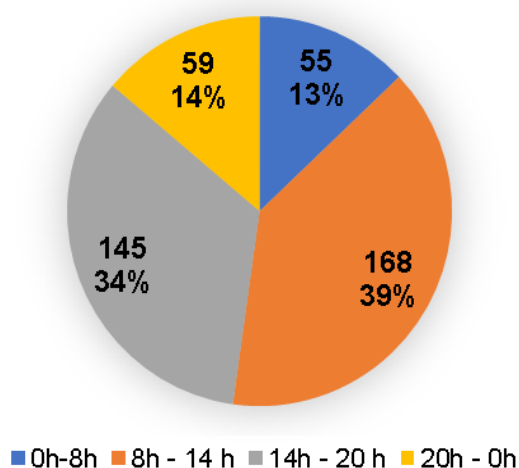


Figura 5 - Hora de admissão no serviço de urgência.

- **Hora de triagem**

Verificou-se que 160 (37%) clientes, realizaram triagem no serviço de urgência entre as 8h e as 14h, como observado na figura 6.

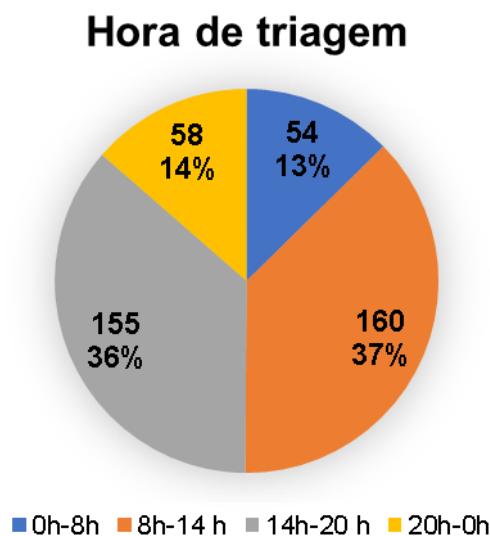


Figura 6 - Hora de triagem no serviço de urgência.

O tempo de triagem até à observação médica, regista um mínimo de 0 minutos e um máximo de 1165 minutos, correspondendo a uma média de 13.80 ± 70.99 minutos. A análise em função do género, mostra que no grupo dos homens o mínimo é de 0 minutos e o máximo de 240 minutos e no grupo das mulheres o mínimo é também 0 minutos e o máximo 1165. Em média, as mulheres apresentam um tempo de triagem superior até à observação média ($M=18.44 \pm 99.45$) comparativamente aos homens ($M=9.96 \pm 25.92$). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às médias encontradas para ambos os grupos e na amostra total. Entre género não se encontrou significância estatística ($t=-1.220; p=0.224$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Estatísticas do tempo de triagem até à observação médica em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	225	0	240	9.64	25.92	268.87	29.36	95.29	-1.220	0.224
Feminino	202	0	1165	18.44	99.45	539.31	55.85	293.15		
Total	427	0	1165	13.80	70.99	514.42	106.94	783.22		

Relativamente ao tempo de triagem foi para a maioria, 322 (75.4%), dos clientes foi triada com um tempo de 0 (zero) minutos, sendo 171 (53.1%) do género masculino e 151 (46.9%) do género feminino (cf. Tabela 21).

A hora da triagem entre as 8h-14h (37.5%), tem uma representatividade de 61 (38.1%) clientes com idade inferior a 71 anos e 99 (61.9%) na faixa etária > 70 anos (cf. Tabela 22).

Verificou-se ainda que a maioria dos clientes (322) triados com um tempo de 0 (zero) minutos, 141 (43.8%) clientes têm idade ≤ 70 anos e 181 (56.2%) têm idade superior a 70 anos (cf. Tabela 22).

- **Observação médica**

As horas de observação médica entre as 8h-14h e entre as 14h-20h são concordantes, tendo sido admitidos, respetivamente, 156 (37%) e 158 (37%) clientes, como se pode observar na Figura 7.

Em relação ao período de observação médica entre as 8h-14h, 75 (48.1%) são do género masculino e 81 (51.2%) do género feminino, enquanto entre as 14h-20h foram observados pelo médico, 87 (55,1%) clientes do género masculino e 71 (44.9%) do género feminino (cf. Tabela 21).

O período de observação médica entre as 8h-14h, registaram-se 59 (37.8%) clientes com idade ≤ 70 anos e 97 (62.2%) com idade superior a 70 anos, enquanto entre as 14h-20h foram observados pelo médico, 77 (48.7%) clientes com idade inferior a 71 anos e 81 (51.3%) com idade igual ou superior (cf. Tabela 22).

Hora de observação médica

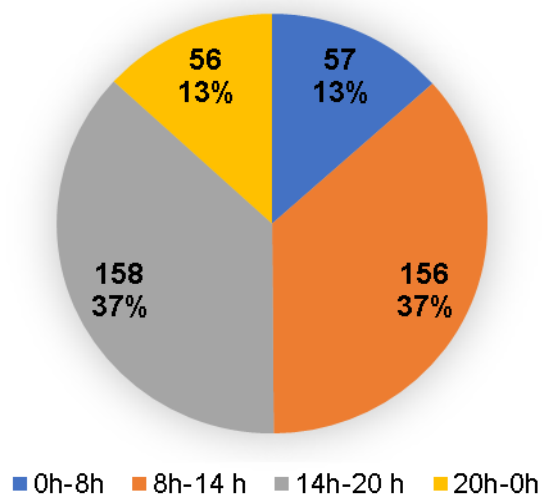


Figura 7 – Hora/Período de observação médica.

- **Discriminador**

O discriminador para um grupo significativo de clientes, 130 (30.9%), apresentou compromisso da via aérea, sendo 77 (59.2%) do gênero masculino e 53 (40.8%) do gênero feminino, seguindo-se 89 (31.1%) clientes com respiração ineficaz, dos quais 47 (52.8%) são do gênero masculino e 42 (47.2%) são do gênero feminino (cf. Tabela 21).

Tendo por base a classificação das doenças, segundo a CID 10, constata-se que prevalecem as doenças do aparelho circulatório com 92 clientes (21.5%), sendo 48 (52.2%) do gênero masculino e 44 (47.8%) do feminino. As doenças do aparelho respiratório afetam 18.5% dos clientes, sendo 39 (49.4%) do gênero masculino e 40 (50.6%) do gênero feminino (cf. Tabela 21).

Dos clientes 130 (39.9%) com compromisso da via aérea, 50 têm idade menor, seguindo-se os casos de respiração ineficaz 89 (21.2%), sendo que 67 correspondem a idade superior a 70 anos (cf. Tabela 22).

A prevalência das doenças do aparelho circulatório, no que concerne à classificação das doenças (segundo a CID 10), verifica-se em 33 clientes têm idade inferior a 71 anos e 59 com idade superior a 70 anos. Dos 79 (18.5%) dos clientes com doenças do aparelho respiratório, 16 têm idade inferior a 71 anos (cf. Tabela 22).

- **Tempo de permanência no serviço de urgência**

O tempo de permanência no serviço de urgência variou entre 0 minutos e 2725 minutos (45.42 horas), ao que corresponde um tempo médio de 349.85 minutos (± 408.68) (5.83 horas). O tempo de permanência no serviço de urgência é superior a 360 minutos em 32.3% dos casos, seguindo-se um tempo de permanência de 121-240 minutos em 18% dos casos (cf. Tabela 14).

Para o género masculino, regista-se um tempo de permanência mínimo de 0 minutos e um máximo de 2725 minutos de permanência (45.41 horas), e, para o género feminino, o mesmo oscila entre 0 e 2051 minutos. As mulheres, em média ($M=383.42\pm 422.75$ minutos, 6.39 horas), permaneceram mais tempo no serviço de urgência do que os homens ($M=319.72\pm 394.13$, 5.32 horas). Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face a média de idades encontradas. Entre género não se encontrou significância estatística ($t=-1.611$; $p=0.108$) (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Estatísticas do 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	225	0	2725	319.72 (5,32 h)	394.13	123.27	15.25	25.46	-1.611	0.108
Feminino	202	0	2051	383.42 (6,39h)	422.75	110.25	9.12	6.28		
Total	427	0	2725	349.85 (45,42h)	408.68	116.81	16.84	20.15		

Como exemplificado na Figura 8, verifica-se que 159 (37%) clientes permaneceram no serviço de urgência um tempo inferior ou igual a 120 minutos, 77 (18%) entre 121 e 240 minutos, 53 (13%) permaneceram entre 241 e 360 minutos e 138 (32%) permaneceram um tempo superior aos 360 minutos.

Tempo de permanência no serviço de urgência

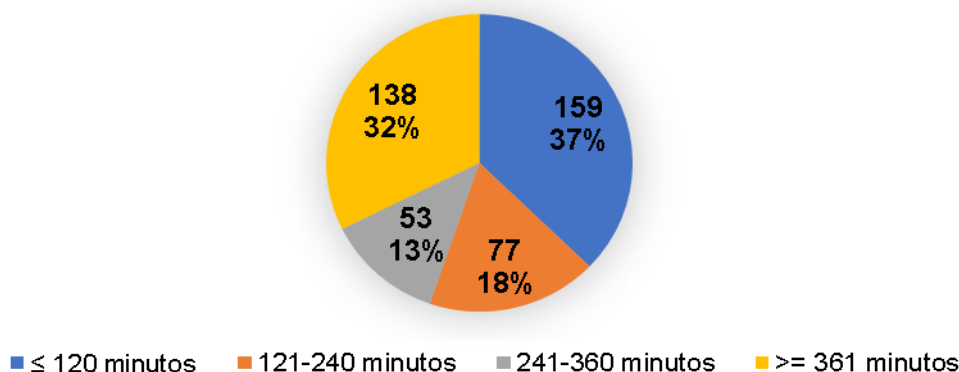


Figura 8 – Tempo de permanência no serviço de urgência.

- **Variáveis clínicas em função do género:**

Os **valores de saturação de oxigénio** revelam 56.1% de clientes com valores normais, enquanto 43.9% apresentam hipoxia (cf. Tabela 21). A administração de oxigénio ocorreu em 55,0% dos clientes, contrariamente, em 45.0% os clientes que não realizaram oxigenoterapia (cf. Tabela 21).

Apura-se que 36.5% da amostra (80 clientes) beneficiou de um valor elevado de **volume/débito de oxigénio**, sendo 44 (55.0%) clientes do género masculino e 36 (45.0%) do género feminino, seguidos de 65 (29.7%) clientes que usufruíram de volume de oxigénio muito elevados (cf. Tabela 21).

Os **exames complementares de diagnóstico** foram realizados por 256 (60.5%) clientes, em que 198 (50.8%) clientes não realizaram ECG e apenas 31 (9.2%) clientes realizaram ecografia (cf Tabela 21).

Constata-se que a maioria dos clientes, 221 (52.1%), realizou **gasimetria**, sendo 122 (55.2%) do género masculino e 99 (44.8%) do género feminino, enquanto 203 (47.9%) clientes não realizou este exame, dos quais 101 (49.8%) são do género masculino e 102 (50.2%) são do género feminino (cf. Tabela 21). A **interpretação da gasimetria** mostra que a maioria dos clientes apresenta acidose (51.4%), seguindo-se 34.7% com valores normais (cf. Tabela 21).

Relativamente às **manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP)**, verifica-se que 390 (91.8%) dos clientes não foi sujeita às mesmas, sendo que 202 (51.8%)

clientes são do género masculino e que 188 (48.2%) são do género feminino (cf. Tabela 21).

A **pressão sistólica** oscilou entre um mínimo de 47 e um máximo de 217, com uma média de 125.53 ± 25.20 . No género masculino, o mínimo é 47 e o máximo 208, no género feminino regista-se um mínimo e um máximo a oscilarem entre 53 e 217. Em média, as mulheres ($M=127.78 \pm 32.70$) revelam valores de pressão sistólica mais elevados do que os homens ($M=123.41 \pm 30.57$). Entre género não se encontrou significância estatística ($t=-1.176$; $p=0.240$) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Estatísticas da pressão sistólica em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	149	47	208	123.41	30.57	24.77	0.83	-0.09	-1.176	0.240
Feminino	141	53	217	127.78	32.70	25.59	-0.20	0.01		
Total	290	47	217	125.53	31.64	25.20	0.047	-0.016		

Os valores da pressão diastólica registam um mínimo de 20 e um máximo de 117, correspondendo-lhe uma média de 72.34 ± 19.02 . No que diz respeito aos clientes do género masculino, o mínimo é 21 e o máximo 72.76, para os clientes do género feminino o mínimo é 20 e o máximo 106. Em média, os homens ($M=72.76 \pm 19.26$) apresentam valores de pressão diastólica ligeiramente mais elevados do que as mulheres ($M=71.90 \pm 19.82$). Entre género não se encontrou significância estatística ($t=0.383$; $p=0.702$) (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Estatísticas da pressão diastólica em função do género.

Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	149	21	117	72.76	19.26	26.47	-0.85	-0.034	0.383	0.702
Feminino	141	20	106	71.90	18.82	26.17	-1.96	-0.071		
Total	290	20	117	72.34	19.02	26.29	-1.92	-0.075		

No grupo de clientes com pressão arterial diastólica normal, 79.7% apresenta pressão arterial sistólica normal e 20.3% são híper/hipotensos sistólicos, e constata-se que no grupo de clientes híper/hipotensos diastólicos, 81.1% revelam-se híper/hipotensos sistólicos e 18.9% revelam pressão sistólica normal (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Pressão arterial diastólica *versus* pressão arterial sistólica.

Pressão arterial sistólica \ Pressão Arterial diastólica	Normal		Híper/hipotensos diastólicos		Total		Residuais			
	nº (227)	% (81.7)	nº (53)	% (18.3)	nº (290)	% (100.0)	1	2	X ²	p
Normal	189	79.7	10	18.9	199	68.6	8.6	-8.6	74.552	0.000
Híper/hipotensos sistólicos	48	20.3	43	81.1	91	31.4	-8.6	8.6		

Mais de metade da amostra, 199 (68.6%) clientes, apresenta pressão arterial sistólica normal, sendo 109 (54.8%) do género masculino e 90 (45.2%) do género feminino e 91 (31.4%) clientes revelaram híper/hipotensão sistólica. Estão em maioria os clientes, 237 (55.5%), com pressão diastólica normal, estando 190 (44.5%) clientes hipertensos diastólicos (cf. Tabela 21).

As estatísticas relativas à **frequência cardíaca** revelam, para o total da amostra, um mínimo de 17 e um máximo de 209, correspondendo-lhe uma média de 90.91 ± 26.99 . Para os clientes do género masculino, o mínimo é 17 e o máximo 209, para os do género feminino, o mínimo é 20 e o máximo 166. Em média, os homens apresentam um valor de frequência cardíaca mais elevado ($M=93.21 \pm 28.52$) comparativamente às mulheres ($M=88.38 \pm 27.07$). Entre género não se encontrou significância estatística ($t=1.498$; $p=0.135$) (cf. Tabela 18).

A maioria dos clientes, 171 (61.3%), apresenta-se normocárdico, revelando taquicardia 86 (30.8%) dos clientes (cf. Tabela 21).

Tabela 18 - Estatísticas da frequência cardíaca em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	146	17	209	93.21	28.52	30.59	4.38	7.25	1.498	0.135
Feminino	133	20	166	88.38	25.07	28.71	1.43	0.91		
Total	279	20	209	90.91	26.99	29.68	4.69	6.42		

As estatísticas referentes aos valores da temperatura indicam que o mínimo é 26.2°C e o máximo 40.4°C ($M=36.41 \pm 1.66$). No género, masculino o mínimo é 31.2°C e o máximo 40.4°C , para o género feminino o mínimo é 26.2°C e o máximo 39.0°C . Em média, os homens ($M=36.61^{\circ}\text{C} \pm 1.45^{\circ}\text{C}$) apresentam valores de temperatura ligeiramente superiores aos das mulheres ($M=36.23^{\circ}\text{C} \pm 1.82^{\circ}\text{C}$). Entre género não se encontrou significância estatística ($t=1.742$; $p=0.083$) (cf. Tabela 19).

Os valores de **temperatura**, revelam a maioria dos clientes 247 (57.8%), com hipertermia, enquanto 27 (6.3%) apresenta hipotermia (cf. Tabela 21).

Tabela 19 - Estatísticas da temperatura em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	110	31.2	40.4	36.61	1.45	3.96	-2.84	4.72	1.742	0.083
Feminino	120	26.2	39.0	36.23	1.82	5.02	-11.74	26.74		
Total	230	26.2	40.4	36.41	1.66	7.54	-12.76	31.10		

Os valores da **glicémia**, registam um mínimo de 22 e um máximo de 500, correspondendo-lhe uma média de 161.35 ± 97.87 (cf. Tabela 20). Em relação aos clientes do género masculino, o mínimo e o máximo oscilam entre 23-500, nos clientes do género feminino o mínimo é 22 e o máximo também é 500. Em média, as mulheres ($M=167.76 \pm 106.41$) apresentam valores de glicémia mais elevados do que os homens ($M=154.69 \pm 88.15$). Entre género não se encontrou significância estatística ($t=-0.980$; $p=0.328$) (cf. Tabela 20). Maioritariamente, os clientes, 109 (50.9%), apresentam valores normais, enquanto 17.8% da amostra se revela hipoglicémica (cf. Tabela 21).

Tabela 20 - Estatísticas da glicémia em função do género.

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	105	23	500	154.69	88.15	56.98	4.87	4.29	-0.980	0.328
Feminino	109	22	500	167.76	106.41	63.42	3.63	1.77		
Total	214	22	500	161.35	97.87	60.65	5.93	3.91		

Os valores da **Escala de Coma de Glasgow**, sobressaem-se com os clientes com nível de consciência classificados como grave (51.6%), dos quais 25 se situam no género masculino e 22 no género feminino. Quanto ao estado de consciência normal registou-se 27 clientes, dos quais 18 pertencentes ao género masculino e 9 ao feminino (cf. Tabela 21).

A avaliação do **estado** do cliente, sobressaem os clientes estáveis, 146 (34.3%), enquanto 107 (25.1%) dos clientes melhoraram. Por outro lado, 18 (4.2%) clientes o estado final piorou e em 102 (23.9%) clientes, o desfecho foi a morte (cf. Tabela 21).

O **destino** dos clientes foi na maioria dos casos, 115 (26.7%), o internamento no Centro Hospitalar em estudo, seguindo-se 102 (23.9%) clientes em que o desfecho foi o óbito, sendo estes igualmente divididos por género. Por outro lado, 47 (11.0%) dos clientes foram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), dos quais 35 (74.5%) são do género masculino e 12 (25.5%) são do género feminino, e 103 (24.1%), sendo 49 (47.6%) clientes do género masculino e 54 (52.4%) do género feminino (cf. Tabela 21).

Na maioria, a **hora da alta** dos clientes ocorre entre as 14h-20h (39.6%), seguindo-se os clientes com alta entre as 8h-14h (cf. Tabela 21).

Tabela 21- Variáveis de contexto clínico em função do gênero e para o global.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais					
	nº (225)	% (52.7)	nº (202)	% (47.3)	nº (427)	% (100.0)	1	2	X ²	P		
Horas de admissão	nº (225)	% (52.7)	nº (202)	% (47.3)	nº (427)	% (100.0)						
0h-8h	35	15.6	20	9.9	55	12.9	1.7	-1.7	5.971	0.113		
8h - 14 h	79	35.1	89	44.1	168	39.3	-1.9	1.9				
14h - 20 h	82	36.4	63	31.2	145	34.0	1.1	-1.1				
20h - 0h	29	12.9	30	14.9	59	13.8	-0.6	.6				
Tempo de triagem												
0 minutos	171	76.0	151	74.8	322	75.4	.3	-0.3	5.971	0.113		
1-10 minutos	8	3.6	12	5.9	20	4.7	-1.2	1.2				
>10 minutos	46	20.4	39	19.3	85	19.9	.3	-0.3				
Horas da triagem												
0h-8h	33	14.7	21	10.4	54	12.6	1.3	-1.3	3.528	0.317		
8h-14 h	77	34.2	83	41.1	160	37.5	-1.5	1.5				
14h-20 h	86	38.2	69	34.2	155	36.3	.9	-0.9				
20h-0h	29	12.9	29	14.4	58	13.6	-0.4	.4				
Horas de observação médica												
0h-8h	32	14.2	25	12.4	57	13.3	.6	-0.6	2.121	0.548		
8h-14 h	75	33.3	81	40.1	156	36.5	-1.4	1.4				
14h-20 h	87	38.7	71	35.1	158	37.0	.8	-0.8				
20h-0h	31	13.8	25	12.4	56	13.1	.4	-0.4				
Discriminador	nº (223)	% (53.0)	nº (198)	% (47.0)	nº (421)	% (100.0)						
Choque	20	9.0	11	5.6	31	7.4	1.3	-1.3	n.a.	n.a.		
Compromisso via aérea	77	34.5	53	26.8	130	30.9	1.7	-1.7				
Convulsão	0	0.0	1	0.5	1	0.2	-1.1	1.1				
Convulsão atual	1	0.4	0	0.0	1	0.2	.9	-0.9				
Dispneia	27	12.1	29	14.6	56	13.3	-0.8	.8				
Estado de inconsciência/síncope	0	0.0	1	0.5	1	0.2	-1.1	1.1				
Estridor	5	2.2	7	3.5	12	2.9	-0.8	.8				
Grande traumatismo	0	0.0	1	0.5	1	0.2	-1.1	1.1				
Hemorragia exsanguinante	1	0.4	1	0.5	2	0.5	-.1	.1				
Hipoglicemia	0	0.0	2	1.0	2	0.5	-1.5	1.5				
Hipoglicemia	21	9.4	31	15.7	52	12.4	-1.9	1.9				
Indisposição no adulto	0	0.0	1	0.5	1	0.2	-1.1	1.1				
Lesão ocular química	24	10.8	17	8.6	41	9.7	.8	-0.8				
Respiração ineficaz	47	21.1	41	20.7	88	20.9	.1	-0.1				
Respiração ineficaz/SaO ₂ muito baixa	0	0.0	1	0.5	1	0.2	-1.1	1.1				
Classificação das doenças, segundo a CID 10												
Doenças do aparelho circulatório	48	21.3	44	21.8	92	21.5	-.1	.1				
Doenças do aparelho respiratório	39	17.3	40	19.8	79	18.5	-.7	.7				
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18	8.0	28	13.9	46	10.8	-2.0	2.0				

Doenças do sistema nervoso	23	10.2	23	11.4	46	10.8						
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	28	12.4	17	8.4	45	10.5	1.4	-1.4				
Doenças do olho e anexos	24	10.7	17	8.4	41	9.6	.8	-8				
Outras	45	20.0	33	16.3	78	18.3	1.0	-1.0			6.872	0.333
Saturação de O₂	nº	%	nº	%	nº	%						
Hipoxia	(137)	(50.9)	(132)	(49.1)	(269)	(100.0)						
Normal	60	43.8	58	43.9	118	43.9	.0	.0			0.001	0.981
	77	56.2	74	56.1	151	56.1	.0	.0				
Oxigênio	nº	%	nº	%	nº	%						
Não	(217)	(52.2)	(199)	(44.8)	(416)	(100.0)						
Sim	89	41.0	98	49.2	187	45.0	-1.7	1.7			10.479	0.063
	128	59.0	101	50.8	229	55.0	1.7	-1.7				
Gasimetria	nº	%	nº	%	nº	%						
Não	(223)	(52.6)	(99)	(44.8)	(221)	(100.0)						
Sim	101	45.3	102	50.7	203	47.9	-1.1	1.1				
	122	54.7	99	49.3	221	52.1	1.1	-1.1			1.260	0.262
Interpretação da gasimetria	nº	%	nº	%	nº	%						
Normal	(118)	(54.6)	(98)	(45.4)	(216)	(100.0)						
Acidose	33	28.0	42	42.9	75	34.7	-2.3	2.3			8.088	0.018
Alcalose	71	32.9	40	18.5	111	51.4	2.8	-2.8				
	14	11.9	16	16.3	30	13.9	-9	.9				
Exames complementares de diagnóstico	nº	%	nº	%	nº	%						
Não	(223)	(52.7)	(200)	(47.3)	(423)	(100.0)						
Sim	90	40.4	77	38.5	167	39.5	.4	-.4			0.152	0.696
	133	59.6	123	61.5	256	60.5	-.4	.4				
Manobras RCP	nº	%	nº	%	nº	%						
Não	(224)	(52.7)	(201)	(47.3)	(425)	(100.0)						
Sim	202	90.2	188	93.5	390	91.8	-1.3	1.3			1.577	0.209
	22	9.8	13	6.5	35	8.2	1.3	-1.3				
Realização de ECG	nº	%	nº	%	nº	%						
Não	(176)	(52.2)	(161)	(47.8)	(337)	(100.0)						
Sim	107	60.8	191	56.5	198	50.8	-.8	.8				
	69	39.2	70	43.5	139	41.2	.8	-.8			0.853	0.356
Realização de ecografia	nº	%	nº	%	nº	%						
Não	(176)	(52.2)	(161)	(47.8)	(337)	(100.0)						
Sim	158	89.8	148	91.9	306	90.8	-.7	.7			0.467	0.573
	18	10.2	13	8.1	31	9.2	.7	-.7				
Pressão arterial sistólica	nº	%	nº	%	nº	%						
Normal	(149)	(51.4)	(141)	(48.6)	(290)	(100.0)						
Hipertensos/hipotensos sistólicos	109	73.2	90	63.8	199	68.6	1.7	-1.7			2.925	0.087
	40	26.8	51	36.2	91	31.4	-1.7	1.7				
Pressão arterial diastólica	nº	%	nº	%	nº	%						
Normal	(225)	(52.7)	(202)	(47.3)	(427)	(100.0)						
Hipertensos/hipertensos diastólicos	121	53.8	116	57.4	237	55.5	-.8	.8			0.574	0.449
	104	46.2	86	42.6	190	44.5	.8	-.8				
Frequência cardíaca	nº	%	nº	%	nº	%						
Bradycardia	(146)	(52.3)	(133)	(47.7)	(279)	(100.0)						
Normocárdico	9	6.2	13	9.8	22	7.9	-1.1	1.1				
Taquicardia	88	60.3	83	62.4	171	61.3	-.4	.4			1.946	0.378
	49	33.6	37	27.8	86	30.8	1.0	-1.0				
Glicemia	nº	%	nº	%	nº	%						
Hipoglicemia	(105)	(49.1)	(109)	(50.9)	(214)	(100.0)						
Normal	14	13.3	24	22.0	38	17.8	-1.7	1.7				
Hiperglicemia	63	60.0	46	42.2	109	50.9	2.6	-2.6			7.017	0.030
	28	26.7	39	35.8	67	31.3	-1.4	1.4				
Temperatura	nº	%	nº	%	nº	%						
Hipotermia	(225)	(52.7)	(202)	(47.3)	(427)	(100.0)						
Normal	10	4.4	17	8.4	27	6.3	-1.7	1.7				
Hipertermia	71	31.6	82	40.6	153	35.8	-1.9	1.9			8.196	0.017
	144	64.0	103	51.0	247	57.8	2.7	-2.7				
Glasgow	nº	%	nº	%	nº	%						
Normal	(50)	(54.9)	(41)	(45.9)	(91)	(100.0)						
Leve	18	36.0	9	22.0	27	29.7	1.5	-1.5				
	4	8.0	3	7.3	7	7.7	0.1	-0.1			4.084	0.253

Moderado	3	6.0	7	17.1	10	11.0	-1.7	1.7		
Grave	25	50.0	22	53.7	47	51.6	-3	.3		
Volume/débito de oxigénio	nº	%	nº	%	nº	%				
	(122)	(55.7)	(97)	(44.3)	(219)	(100.0)				
Muito baixo (1L)	2	1.6	3	3.1	5	2.3	-5	.5		
Baixo (2L-4L)	18	14.8	20	20.6	38	17.4	-6	.6		
Ligeiro (5L-9L)	4	3.3	8	8.2	12	5.5	-1.3	1.3		
Moderado (10L-12L)	0	0.0	3	3.1	3	1.4	-1.8	1.8	23.139.	0.003
Grave (Venturi Mask)	6	4.9	7	7.2	13	5.9	-4	.4		
Muito grave (VNI)	0	0.0	3	3.1	3	1.4	-1.8	1.8		
Elevado (MAC)	44	36.1	36	37.1	80	36.5	.6	-.6		
Muito elevado (EOT)	48	39.3	17	17.5	65	29.7	3.9	-3.9		
Estado final do doente	nº	%	nº	%	nº	%				
	(225)	(52.8)	(201)	(47.2)	(426)	(100.0)				
Piorou	15	6.7	3	1.5	18	4.2	2.7	-2.7		
Inalterado	36	16.0	17	8.5	53	12.4	2.4	-2.4		
Estável	75	33.3	71	35.3	146	34.3	-.4	.4	15.640	0.004
Melhorou	48	21.3	59	29.4	107	25.1	-1.9	1.9		
Morte	51	22.7	51	25.4	102	23.9	-.7	.7		
Destino	nº	%	nº	%	nº	%				
	(225)	(52.7)	(202)	(47.3)	(427)	(100.0)				
Alta	49	21.8	54	26.7	103	24.1	-1.2	1.2		
Internamento	59	26.2	56	27.7	115	26.9	-.3	.3		
SO geral	19	8.4	17	8.4	36	8.4	.0	.0		
UCIP	35	15.6	12	5.9	47	11.0	3.2	-3.2		
Óbito	51	22.7	51	25.2	102	23.9	-.6	.6		
Outros	12	5.3	12	5.9	24	5.6	-.3	.3		
Tempo de permanência no serviço de urgência	nº	%	nº	%	nº	%				
	(225)	(52.7)	(202)	(47.3)	(427)	(100.0)				
0 minutos	1	0.4	1	0.5	2	0.5	-.1	.1		
1 - 10 minutos	6	2.7	5	2.5	11	2.6	.1	-.1		
11-30 minutos	23	10.2	22	10.9	45	10.5	-.2	.2		
31 - 60 minutos	22	9.8	26	12.9	48	11.2	-1.0	1.0	9.757	0.203
61-120 minutos	36	16.0	17	8.4	53	12.4	2.4	-2.4		
121-240 minutos	45	20.0	32	15.8	77	18.0	1.1	-1.1		
241-360 minutos	29	12.9	24	11.9	53	12.4	.3	-.3		
>= 361 minutos	63	28.0	75	37.1	138	32.3	-2.0	2.0		
Horas da alta										
0h-8h	35	15.6	27	13.4	62	14.5	.6	-.6		
8h - 14 h	59	26.2	54	26.7	113	26.5	-.1	.1		
14h - 20 h	90	40.0	79	39.1	169	39.6	.2	-.2	0.745	0.863
20h - 0h	41	18.2	42	20.8	83	19.4	-.7	.7		

- **Variáveis clínicas em função da idade:**

A **saturação de oxigénio**, em função da idade, apresenta uma percentagem mais elevada nos clientes com valor normal (56.1%), com 74 clientes com idade inferior ou igual aos 70 anos e 77 clientes na faixa etária superior aos 70 anos. Verifica-se que em 43.9% dos casos os clientes apresentavam hipoxia, com destaque para 86 clientes mais velhos (52.8%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=13.290$; $p=0,000$), situando-se nos clientes com mais idade e em hipoxia e os clientes com menos idade e com valor normal de saturação de oxigénio (cf. Tabela 22).

A realização de **oxigenoterapia**, ocorreu em 229 (55.0%) clientes, dos quais 85 clientes têm idade ≤ 70 anos e 77 idade ≥ 71 anos. No entanto, 187 (45.0%) dos clientes não realizaram oxigenoterapia, sendo que 91 possuem menor idade,

resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5.621$; $p=0.018$), situadas entre os clientes com menos idade e que não realizaram oxigenoterapia e os clientes mais velhos que a realizaram (cf. Tabela 22).

Os dados permitem observar, que 80 (36.5%) clientes usufruíram de um valor elevado de **volume/débito de oxigénio**, dos quais 60 clientes têm idade superior a 70 anos, e que apenas 5 (2.3%) clientes beneficiaram de volume de oxigénio muito baixo (cf. Tabela 22).

Na realização de **gasimetria**, sobressaem 221 (52.1%) clientes que foram submetidos a colheita fazendo parte deste grupo 86 clientes com idade inferior a 71 anos. Constata-se que 203 (47.9%) clientes não realizaram gasimetria, dos quais 99 se situam na faixa etária ≤ 70 anos e 104 com idade ≥ 71 anos, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4.178$; $p=0.041$), situadas entre os clientes com menos idade e que não realizaram gasimetria e os clientes mais velhos que a realizaram (cf. Tabela 22).

Os dados da **interpretação da gasimetria**, a maioria dos clientes 111 (51.4%), apresenta acidose, dos quais 43 clientes com menos idade, e com 75 (34.7%) clientes a revelar valores de gasimetria normais (cf. Tabela 22).

Os dados relativos à realização de **exames complementares** de diagnóstico, em função dos grupos etários, mostram 107 (41.8%) clientes com idade ≤ 70 anos e 149 (58.2%) clientes com idade ≥ 71 anos (cf. Tabela 21). Os dados revelam que 139 (41.2%) clientes realizaram **ECG**, fazendo parte deste grupo 52 clientes na faixa etária ≤ 70 (cf. Tabela 21). Relativamente à realização de **ecografia**, em função dos grupos etários, verifica-se que quase apenas, 31 (9.2%) a realizou, sendo mais comum em 20 clientes com idade ≤ 70 anos (cf. Tabela 22).

Observa-se que quase a totalidade da amostra, 390 (91.8%) clientes, não foi sujeita a **manobras de RCP**, havendo mais clientes (166) com na faixa etária ≤ 70 anos (cf. Tabela 22).

Em 237 (81.7%) clientes registou-se **pressão arterial diastólica** normal, dos quais 149 clientes com idade superior a 70 anos, e 53 clientes revelaram hiper/hipotensão diastólica. Estão em maioria os clientes, 199 (68.6%), com pressão sistólica normal, sendo que 78 clientes têm idade inferior ou igual a 70 anos (cf. Tabela 22).

Constata-se que 109 (50.9%) clientes, apresentam registo de valores normais de **glicémia**, dos quais 63 se situam na faixa etária superior a 70 anos, e que 67

(31.3%) clientes apresentam-se hiperglicêmicos, sendo que 19 clientes têm idade inferior ou igual a 70 anos (cf. Tabela 22).

Em relação à **Escala de Coma de Glasgow**, sobressaem os clientes com nível de consciência classificados como grave (51.6%), dos quais 25 se situam na faixa etária ≤ 70 anos e 22 na idade ≥ 71 anos. Quanto ao estado de consciência normal registou-se 27 clientes, dos quais 18 têm idade ≤ 70 anos e 9 idade ≥ 71 anos (cf. Tabela 22)

A avaliação do **estado** do cliente, sobressaem os clientes estáveis 146 (34.3%), igualmente divididos no que concerne a faixa etária. Dos clientes que melhoraram, 46 têm idade ≤ 70 anos e 61 idade ≥ 71 anos. Importa salientar que dos 102 óbitos registados, 79 clientes tinham idade superior a 70 anos, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=27.956$; $p=0.000$), situadas entre os clientes com menos idade e cujos estado de saúde final piorou, ficou inalterado e ficaram estáveis e os que têm mais idade e o seu estado de saúde final foi o óbito (cf. Tabela 22).

O **destino** dos clientes em função da idade, revela que o valor percentual mais elevado corresponde a 115 (26.9%) clientes que ficaram internados, dos quais 37 têm idade ≤ 70 anos e a 78 têm idade ≥ 71 anos. Em 23.9% dos casos, o desfecho foi o óbito (23 clientes com idade ≤ 70 anos e 79 com idade ≥ 71 anos), e 47 clientes tiveram como destino a UCIP, com prevalência de clientes com menos idade (38), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=27.956$; $p=0.000$), situadas entre os clientes com menos idade e cujo destino foi a alta, internamento na UCIP e outros destinos e os clientes com mais idade que foram internados e cujo desfecho foi o óbito (cf. Tabela 22).

O **tempo de permanência** no serviço de urgência mais prevalente é ≥ 361 minutos (32.3%), sendo que 48 clientes têm idade ≤ 70 anos e 60 têm idade ≥ 71 anos, seguindo-se 77 clientes com tempo de permanência de 121-240 minutos (18.0%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=23.777$; $p=0.001$) (cf. Tabela 22).

A **hora da alta** em função da idade, recai nos clientes com alta entre as 14h-20h (39.6%), com 65 clientes de idade ≤ 70 anos e 104 clientes na faixa etária ≥ 71 anos, seguindo-se 113 (26.5%) clientes com alta entre as 8h-14h, fazendo parte deste grupo 52 clientes com menos idade (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Variáveis de contexto clínico em função da idade e para o global.

Variáveis	≤70 anos		≥71 anos		Total		Residuais			
	nº (225)	% (52.7)	nº (202)	% (47.3)	nº (427)	% (100.0)	1	2	X ²	p
Horas de admissão	nº (185)	% (43.3)	nº (242)	% (56.7)	nº (427)	% (100.0)				
o horas - 8 horas	23	12.4	32	13.2	55	12.9	-2	.2	5.600	0.133
8h - 14 h	64	34.6	104	43.0	168	39.3	-1.8	1.8		
14h - 20 h	74	40.0	71	29.3	145	34.0	2.3	-2.3		
20h - 0h	24	13.0	35	14.5	59	13.8	-4	.4		
Tempo de triagem										
0 minutos	141	76.2	181	74.8	322	75.4				
1-10 minutos	6	3.2	14	5.8	20	4.7				
>10 minutos	38	20.5	47	19.4	85	19.9				
Horas da triagem										
0h-8h	24	13.0	30	12.4	54	12.6	.2	-.2	3.935	0.269
8h-14 h	61	33.0	99	40.9	160	37.5	-1.7	1.7		
14h-20 h	76	41.1	79	32.6	155	36.3	1.8	-1.8		
20h-0h	24	13.0	34	14.0	58	13.6	-.3	.3		
Horas de observação médica										
0h-8h	25	13.5	32	13.2	57	13.3	.1	-.1	3.819	0.282
8h-14 h	59	31.9	97	40.1	156	36.5	-1.7	1.7		
14h-20 h	77	41.6	81	33.5	158	37.0	1.7	-1.7		
20h-0h	24	13.0	32	13.2	56	13.1	-.1	.1		
Discriminador	nº (184)	% (43.7)	nº (237)	% (56.3)	nº (421)	% (100.0)				
Choque	21	11.4	10	4.2	31	7.4	2.8	-2.8		
Compromisso via aérea	50	27.2	80	33.8	130	30.9	-1.4	1.4		
Convulsão	0	0.0	1	0.4	1	0.2	-.9	.9		
Convulsão atual	1	0.5	0	0.0	1	0.2	1.1	-1.1		
Dispneia	0	0	1	0.4	1	0.2	-.9	.9		
Estado de inconsciência/síncope	0	0	1	0.4	1	0.2	-.9	.9	n.a.	n.a.
Estridor	4	2.2	8	3.4	12	2.9	-.7	.7		
Grande traumatismo	1	0.5	0	0.0	1	0.2	1.1	-1.1		
Hemorragia exsanguinante	1	0.5	1	0.4	2	0.5	.2	-.2		
Hipoglicemia	0	0	2	0.8	2	0.5	-1.2	1.2		
Hipoglicemia	19	10.3	33	13.9	52	12.4	-1.1	1.1		
Indisposição no Adulto	0	0	1	0.4	1	0.2	-.9	.9		
Lesão ocular química	39	21.2	2	0.8	41	9.7	7.0	-7.0		
Respiração ineficaz	21	11.4	67	28.3	88	20.9	-4.2	4.2		
Respiração ineficaz/SaO2 muito baixa	1	0.5	0	0.0	1	0.2	1.1	-1.1		
Classificação das doenças, segundo a CID 10	nº (185)	% (43.3)	nº (242)	% (56.7)	nº (427)	% (100.0)				
Doenças do aparelho circulatório	33	17.8	59	24.4	92	21.5	-1.6	1.6		
Doenças do aparelho respiratório	16	8.6	63	26.0	79	18.5	-4.6	4.6		
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12	6.5	34	14.0	46	10.8	-2.5	2.5		
Doenças do sistema nervoso	21	11.4	25	10.3	46	10.8	.3	-.3	89.464	0.000
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	34	18.4	11	4.5	45	10.5	4.6	-4.6		
Doenças do olho e anexos	39	21.1	2	0.8	41	9.6	7.0	-7.0		
Outras	30	16.2	48	19.8	78	18.3	-1.0	1.0		
	45	20.0	33	16.3	78	18.3				
Gasimetria	nº (185)	% (43.6)	nº (239)	% (56.4)	nº (424)	% (100.0)				
Não	99	53.5	104	43.5	203	47.9	2.0	-2.0	4.178	0.041
Sim	86	46.5	135	56.5	221	52.1	-2.0	2.0		

Interpretação da gasimetria	nº (185)	% (38.0)	nº (134)	% (62.0)	nº (416)	% (100.0)				
Normal	27	32.9	48	35.8	75	34.7	-4	.4		
Acidose	43	52.4	68	50.7	111	51.4	.2	-2	0.204	0.902
Alcalose	12	14.6	18	13.4	30	13.9	.2	-2		
Saturação de O₂	nº (106)	% (39.4)	nº (163)	% (60.6)	nº (269)	% (100.0)				
Hipoxia	32	30.2	86	52.8	118	43.9	-3.6	3.6	13.290	0.000
Normal	74	69.8	77	47.2	151	56.1	3.6	-3.6		
Oxigênio	nº (176)	% (42.3)	nº (240)	% (57.7)	nº (416)	% (100.0)				
Não	91	51.7	96	40.0	187	45.0	2.4	-2.4	5.621	0.018
Sim	85	48.3	144	60.0	229	55.0	-2.4	2.4		
Exames complementares de diagnóstico	nº (185)	% (43.7)	nº (238)	% (56.3)	nº (423)	% (100.0)				
Não	78	42.2	89	37.4	167	39.5	1.0	-1.0	0.990	0.320
Sim	107	57.8	149	62.6	256	60.5	-1.0	1.0		
Manobras RCP	nº (185)	% (43.5)	nº (240)	% (56.5)	nº (425)	% (100.0)				
Não	166	89.7	224	93.3	390	91.8	-1.3	1.3	1.795	0.180
Sim	19	10.3	16	6.7	35	8.2	1.3	-1.3		
Realização de ECG	nº (136)	% (40.4)	nº (201)	% (56.6)	nº (337)	% (100.0)				
Não	84	61.8	114	56.7	198	58.8	.9	-9	0.853	0.369
Sim	52	38.2	87	43.3	139	41.2	-9	.9		
Realização de ecografia										
Não	116	85.3	190	94.5	306	90.8	-2.9	2.9	8.279	0.004
Sim	20	14.7	11	5.5	31	9.2	2.9	-2.9		
Pressão arterial diastólica	nº (115)	% (39.7)	nº (175)	% (60.3)	nº (290)	% (100.0)				
Normal	88	76.5	149	85.1	237	81.7	-1,9	1,9	n.a.	n.a.
Hiper/hipotensos diastólicos	27	23.5	26	14.9	53	18.3	1,9	-1,9		
Pressão arterial sistólica	nº (115)	% (39.7)	nº (175)	% (60.3)	nº (290)	% (100.0)				
Normal	78	67.8	121	69.1	199	68.6	-.2	.2	n.a.	n.a.
Hiper/hipotensos sistólicos	37	32.2	54	30.9	91	31.4	.2	-.2		
Frequência cardíaca	nº (116)	% (41.6)	nº (163)	% (58.4)	nº (279)	% (100.0)				
Normocárdico	72	62.1	99	60.7	171	61.3	.2	-.2	0.051	0.822.
Bradi/taquicardia	44	37.9	64	39.3	108	38.7	-.2	.2		
Glicemia	nº (78)	% (36.4)	nº (136)	% (63.6)	nº (214)	% (100.0)				
Hipoglicemia	13	16.7	25	18.4	38	17.8	1,8	-1,8	3.533	0.171
Normal	46	59.0	63	46.3	109	50.9	-.3	.3		
Hiperglicemia	19	24.4	48	35.3	67	31.3	-1,7	1,7		
Temperatura	nº (185)	% (43.3)	nº (242)	% (56.7)	nº (427)	% (100.0)				
Hipotermia	8	4.3	19	7.9	27	6.3	-1.5	1.5	8.196	0.017
Normal	53	28.6	100	41.3	153	35.8	-2.7	2.7		
Hipertermia	124	67.0	123	50.8	247	57.8	3.4	-3.4		
Glasgow	nº (49)	% (53.8)	nº (42)	% (46.2)	nº (91)	% (100.0)				
Normal	18	36,7	9	21,4	27	29,7	1,6	-1,6		
Leve	3	6,1	4	9,5	7	7,7	-.6	.6	4.422	0.219
Moderado	3	6,1	7	16,7	10	11,0	-1,6	1,6		
Grave	25	51,0	22	52,4	47	51,6	-.1	.1		
Volume/débito de oxigênio	nº (81)	% (37.0)	nº (138)	% (63.0)	nº (219)	% (100.0)				
Muito baixo (1L)	1	1.2	4	2.9	5	2.3	-1,0	1,0		
Baixo (2L-4L)	7	8.6	31	22.5	38	17.4	-3,1	3,1		
Ligeiro (5L-9L)	1	1.2	11	8.0	12	5.5	-2,4	2,4	48.640	0.000
Moderado (10L-12L)	0	0	3	2.2	3	1.4	-1,5	1,5		
Grave (Venturi Mask)	7	8.6	6	4.3	13	5.9	.9	-.9		
Muito grave (VNI)	1	1.2	2	1.4	3	1.4	-.3	.3		
Elevado (MAC)	20	24.7	60	43.5	80	36.5	-.3,5	.3,5		
Muito elevado (EOT)	44	54.3	21	15.2	65	29.7	4,5	-4,5		
Estado final do doente	nº (184)	% (43.2)	nº (242)	% (56.8)	nº (426)	% (100.0)				
Piorou	13	7.1	5	2.1	18	4.2	2.5	-2.5		

Inalterado	28	15.2	24	9.9	53	12.4	1.7	-1.7	27.956	0.000
Estável	73	39.7	73	30.2	146	34.3	2.0	-2.0		
Melhorou	46	25.0	61	25.2	107	25.1	.0	.0		
Morte	24	13.0	79	32.6	102	23.9	-4.7	4.7		
Destino	nº	%	nº	%	nº	%				
	(185)	(43.3)	(242)	(56.7)	(427)	(100.0)				
Alta	56	30.3	47	19.4	103	24.1	2.6	-2.6	59.437	0.000
Internamento	37	20.0	78	32.2	115	26.9	-2.8	2.8		
SO geral	16	8.6	20	8.3	36	8.4	.1	-.1		
UCIP	38	20.5	9	3.7	47	11.0	5.5	-5.5		
Óbito	23	12.4	79	32.6	102	23.9	-4.9	4.9		
Outros	15	8.1	9	3.7	24	5.6	2.0	-2.0		
Tempo de permanência no serviço de urgência	nº	%	nº	%	nº	%				
	(185)	(43.3)	(242)	(56.7)	(427)	(100.0)				
0 minutos	0	0.0	2	0.8	2	0.5	-1.2	1.2	23.777	0.001
1 - 10 minutos	2	1.1	9	3.7	11	2.6	-1.7	1.7		
11-30 minutos	19	10.3	26	10.7	45	10.5	-.2	.2		
31 - 60 minutos	24	13.0	24	9.9	48	11.2	1.0	-1.0		
61-120 minutos	33	17.8	20	8.3	53	12.4	3.0	-3.0		
121-240 minutos	42	22.7	35	14.5	77	18.0	2.2	-2.2		
241-360 minutos	17	9.2	36	14.9	53	12.4	-1.8	1.8		
>= 361 minutos	48	25.9	90	37.2	138	32.3	-2.5	2.5		
Hora da alta										
0 horas - 8 horas	30	16.2	32	13.2	62	14.5	.9	-.9	2.813	0.421
8h - 14 h	52	28.1	61	25.2	113	26.5	.7	-.7		
14h - 20 h	65	35.1	104	43.0	169	39.6				
20h - 0h	38	20.5	45	18.6	83	19.4	-.7	.7		

- **Hora de triagem versus hora de observação médica**

Em conformidade com os resultados apresentados na Tabela 23, apura-se que estão em maioria os clientes triados entre as 8h-14h e com observação médica no mesmo período de tempo (98.7%), seguindo-se os que foram triados entre as 14h-20h e com observação médica no mesmo período de tempo (96.8%) e os que foram triados e com observação médica entre as 20h-0h (96.4%), com diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1161.833$; $p=0.000$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Hora de triagem versus hora da observação médica.

Hora de observação médica	0h- 8h		8h-14 h		14h-20 h		20h-0h		Total		Residuais				χ^2	p
	nº (57)	% (14.5)	nº (156)	% (26.5)	nº (158)	% (36.6)	nº (56)	% (19.4)	nº (427)	% (100)	1	2	3	4		
0 h-8 h	53	93.0	1	0.6	0	0.0	0	0.0	54	12.6	19.6	-5.7	-6.0	-3.1	1161.833	0.000
8h-14 h	1	1.8	154	98.7	5	3.2	0	0.0	160	37.5	-6.0	19.8	-11.2	-6.2		
14h-20 h	0	0.0	0	0.0	153	96.8	2	3.6	155	36.3	-6.1	-11.8	19.9	-5.5		
20h-0h	3	5.3	1	0.6	0	0.0	54	96.4	58	13.6	-2.0	-5.9	-6.3	19.4		
Total	57	100.0	156	100.0	158	100.0	56	100.0	427	100.0						

- **Hora de admissão *versus* alta**

Na Tabela 24 encontram-se os resultados referentes à hora de admissão *versus* hora da alta, constando-se que estão em maioria os clientes admitidos no serviço de urgência entre as 8h-14h e que tiveram alta no mesmo período de tempo (63.7%), seguindo-se os que foram admitidos entre as 14h-20h com alta no mesmo período de tempo (44.4%) e os que foram admitidos no serviço entre as 20h-0h e com alta no mesmo período de tempo (39.8%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=169.987$; $p=0.000$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Hora de admissão *versus* hora da alta.

Hora da alta	0h- 8h		8h-14 h		14h-20 h		20h-0h		Total		Residuais				X ²	p
	nº (62)	% (14.5)	nº (113)	% (26.5)	nº (169)	% (36.6)	nº (83)	% (19.4)	nº (427)	% (100)	1	2	3	4		
o h-8 h	24	38.7	19	16.8	8	4.7	4	4.8	55	12.9	6.6	1.5	-4.1	-2.4	169.987	0.000
8h-14 h	3	4.8	72	63.7	75	44.4	18	21.7	168	39.3	-6.0	6.2	1.7	-3.7		
14h-20 h	18	29.0	12	10.6	82	48.5	33	39.8	145	34.0	-9	-6.1	5.1	1.2		
20h-0h	17	27.4	10	8.8	4	2.4	28	33.7	59	13.8	3.4	-1.8	-5.5	5.9		
Total	62	100.0	113	100.0	169	100.0	83	100.0	427	100.0						

- **Fluxograma**

Em relação ao fluxograma de triagem, na totalidade da amostra, o que mais prevalece é o estado de inconsciência/síncope (23.5%), seguindo-se a dispneia com 19.7% e as convulsões com 13.1% (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Prevalência dos fluxogramas nos utentes triados com prioridade vermelha.

Fluxograma	n	%
Estado de inconsciência/síncope	99	23.5
Dispneia	83	19.7
Convulsões	55	13.1
Problemas oftálmicos	40	9.5
Diabetes	38	9.0
Indisposição do adulto	37	8.8
Grande traumatismo	21	5.0
TCE - Trauma crânio-encefálico	10	2.4
Queda	9	2.1
Hemorragia gastrointestinal	5	1.2
Sobredosagem ou envenenamento	5	1.2
Dor torácica	4	1.0
Corpo estranho	3	.7
Dor abdominal	3	.7
Queimaduras profundas e superficiais	3	.7
Diarreia e/ou vômitos	2	.5
Feridas	2	.5
Exposição a químicos	1	.2
Lesão toraco-abdominal	1	.2
Total	421	100.0

- **Nível de risco em pessoas admitidos no serviço de urgência triados com prioridade clínica vermelha**

Procedeu-se à identificação da prevalência do nível de risco, considerando a amplitude dos scores obtidos em relação ao género (cf. Tabela 26 e 27).

Os resultados obtidos em relação ao nível de risco dos clientes que recorreram ao serviço de urgência revelam que os clientes apresentam um nível de risco mínimo

de 0 e um máximo de 17, ao que corresponde um nível de risco médio de 5.39 com um desvio padrão de 4.40 (cf. Tabela 26), num score esperado que oscila entre 0 e 18, o que significa que se encontra ligeiramente abaixo do nível médio de risco.

Para ambos os géneros, registou-se o nível de risco mínimo de 0 e um máximo de 17. Os homens, em média ($M=5.81\pm 4.71$), apresentam maior nível de risco que as mulheres ($M=4.94\pm 3.99$), sendo que os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às idades médias encontradas (cf. Tabela 26). Já os valores de assimetria e curtose apresentam curvas normais embora com ligeiro desvio à esquerda para a globalidade da amostra. Entre o género encontrámos significância estatística ($t=2.014; p=0.045$).

Tabela 26 - Estatísticas do nível de risco em função do género.

Género	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
Masculino	0	17	5.81	4.71	81,07	1.30	-0.95		
Feminino	0	17	4.94	3.99	80.77	0.48	-0.09	2.014	0.045
Total	0	17	5.39	4.40	81.63	3.48	0.681		

Registou-se que no género masculino, o nível de risco 0 (mínimo), é o que prevalece com maior percentagem (21.3%), correspondendo a 45 clientes, seguindo-se o nível de risco 10, com uma percentagem (9.5%), relativo a 20 clientes e o nível de risco 7 correspondendo a 16 clientes, com uma percentagem de 7.6%. Em relação ao nível de risco máximo (17), verificou-se apenas a existência de um cliente. Salienta-se a inexistência de qualquer cliente com o nível de risco 16 (cf. Tabela 27).

Para o género feminino, o nível de risco 0 (mínimo) é o que apresenta percentagem mais elevada (16.9%), correspondendo a 33 clientes, seguindo-se o nível de risco 7 com uma percentagem de 13.8%, correspondendo a 27 clientes. Em relação ao nível de risco máximo (17), apenas se observou a existência de um cliente do género feminino. Salienta-se que no género feminino todos os clientes tiveram um nível de risco. O teste de qui-quadrado indica que existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2= 32.79; p=0.008$) (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Nível de Risco de acordo com o Gênero.

Nível de Risco	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	nº (211)	% (52.0)	nº (195)	% (48.0)	nº (406)	% (100.0)		
0	45	21,3	33	16,9	78	19,2	32.797	0.008
1	13	6,2	10	5,1	23	5,7		
2	13	6,2	21	10,8	24	8,4		
3	14	6,6	22	11,3	36	8,9		
4	15	7,1	17	8,7	32	7,9		
5	6	2,8	13	6,7	19	4,7		
6	3	1,4	7	3,6	10	2,5		
7	16	7,6	27	13,8	43	10,6		
8	14	6,6	9	4,6	23	5,7		
9	11	5,2	9	4,6	20	4,9		
10	20	9,5	4	2,1	24	5,9		
11	11	5,2	8	4,1	19	4,7		
12	10	4,7	5	2,6	15	3,7		
13	10	4,7	5	2,6	15	3,7		
14	8	3,8	2	1,0	10	2,5		
15	1	0,5	1	0,5	2	0,5		
16	0	0,0	1	0,5	1	0,2		
17	1	0,5	1	0,5	2	0,5		

A variabilidade do nível de risco em função da idade revela que os clientes com idade inferior ou igual a 70 anos apresentam um nível de risco com uma amplitude entre 0 e 17 o mesmo ocorrendo para os clientes com idades ≥ 71 anos. Em ambos os grupos etários apresentam um nível de risco médio igual ($M=5.39$) mas com desvio padrão ligeiramente diferente $dp=4.96$ e $dp=3.94$, respetivamente. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face ao nível de risco encontradas e uma vez mais os índices de assimetria e curtose são indicativos de curvas gaussianas. O teste t não revela evidências estatísticas ($t=-0.005$; $p=0.996$). Entre a idade não se encontrou significância estatística ($t=-0.005$; $p=0.996$) (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Estatísticas do nível de risco total em função da idade.

Idade	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	t	p
≤ 70 anos	0	17	5.39	4.96	92.02	0.23	-0.89	-0.005	0.996
≥ 71 anos	0	17	5.39	3.94	73.09	0.25	-0.28		
Total	0	17	5.39	4.40	81.63	3.48	0.681		

O resultado obtido em relação à identificação da prevalência do nível de risco, considerando a amplitude dos scores obtidos em relação à idade, verificou-se que para a faixa etária ≤ 70 anos, o nível de risco 0 (mínimo), é o que prevalece com maior percentagem (27.3%), correspondendo a 47 clientes, seguindo-se o nível de risco 3, com uma percentagem (7.6%), e o nível de risco 4 referente a 12 clientes correspondendo a 7.0% (cf. Tabela 29).

Em relação ao nível de risco máximo (17), verificou-se apenas a existência de um cliente e a inexistência de qualquer cliente com o nível de risco 16 (cf. Tabela 29).

Para a faixa etária ≥ 71 anos, o nível de risco 7 é o que apresenta percentagem mais elevada (15.4%), correspondendo a 36 clientes, seguindo-se o nível de risco 0 (mínimo) com uma percentagem de 13.2%, correspondendo a 31 clientes. Em relação ao nível de risco máximo (17), apenas se observou a existência de um cliente. Salienta-se que na faixa etária ≥ 71 anos todos os clientes tiveram um nível de risco. O teste de qui-quadrado indica que existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=40.82$; $p=0.001$). (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Nível de risco de acordo com a idade.

Idade	≤ 70 anos		≥ 71 anos		Total		χ^2	p
	nº (172)	% (42.4)	nº (234)	% (57,6)	nº (406)	% (100.0)		
Nível de risco								
0	47	27,3	31	13,2	78	19,2		
1	11	6,4	12	5,1	23	5,7		
2	9	5,2	25	10,7	34	8,4		
3	13	7,6	23	9,8	36	8,9		
4	12	7,0	20	8,5	32	7,9	40.825	0.001
5	6	3,5	13	5,6	19	4,7		
6	3	1,7	7	3,0	10	2,5		
7	7	4,1	36	15,4	43	10,6		
8	8	4,7	15	6,4	23	5,7		
9	8	4,7	12	5,1	20	4,9		
10	11	6,4	13	5,6	24	5,9		
11	9	5,2	10	4,3	19	4,7		
12	8	4,7	7	3,0	15	3,7		
13	10	5,8	5	2,1	15	3,7		
14	8	4,7	2	0,9	10	2,5		
15	1	0,6	1	0,4	2	0,5		
16	0	0,0	1	0,4	1	0,2		
17	1	0,6	1	0,4	2	0,5		

- **Presença/Ausência de nível de risco em função da idade e género**

Os resultados obtidos em relação à presença ou não de risco no serviço de urgência, de acordo com a idade revelam que sobressaem os clientes com presença

de risco de idade igual ou superior a 80 anos (43.0%), em que foram registados 141 clientes, seguindo-se os clientes com idade inferior a 65 anos (30.5%), registando-se 100 clientes. Em relação aos clientes sem risco, verificou-se que a idade inferior a 65 anos (não idosos), apresenta maior número de clientes sem risco, correspondendo a 44 clientes (56.4%), seguindo-se os clientes com idade igual ou superior a 80 anos (pessoa muito idosa), com uma percentagem de 26.9%, correspondendo a 21 clientes (cf. Tabela 30).

O teste de qui-quadrado indica que existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 18.65$; $p = 0.000$), e pelos resíduos ajustados apuramos que as mesmas se situam entre os participantes que possuem uma idade inferior a 65 anos para os sem risco e os de idade superior ou igual a 80 anos e com risco (cf. Tabela 30).

Os resultados sobre a presença ou não de risco em relação ao género revelam que o género masculino apresenta maior número de clientes com risco (50.6%), representativa de 166 clientes, em relação ao género feminino representado por 162 clientes (49.4%). Nos clientes sem risco sobressaem os clientes do sexo masculino, correspondendo a 45 clientes (57.7%), enquanto o género feminino, regista 33 clientes sem risco (42.3%). O teste de qui-quadrado indica que não existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 12.66$; $p = 0.313$), para o nível de risco em relação ao género (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Estatísticas do nível de risco de acordo com o género e a idade.

Variáveis	Sem Risco		Com Risco		Total		Residuais			
	nº (78)	% (19.2)	nº (328)	% (80.8)	nº (406)	% (100.0)	Sem risco	Com risco	χ^2	p
Idade										
<= 70 anos	47	60.3	125	38.1	172	42.4	3.6	-3.6	12.658	0.001
>= 71 anos	31	39.7	203	61.9	234	57.6	-3.6	3.6		
<65 anos	44	56.4	100	30.5	144	35.5	4.3	-4.3	18.631	0.000
65 - 70 anos	3	3.8	25	7.6	28	6.9	-1.2	1.2		
71 - 79 anos	10	12.8	62	18.9	72	17.7	-1.3	1.3		
>= 80 anos	21	26.9	141	43.0	162	39.9	-2.6	2.6		
Masculino	45	57.7	166	50.6	211	52.0	1.1	-1.1	1.266	0.313
Feminino	33	42.3	162	49.4	195	48.0	-1.1	1.1		

A análise do tempo de permanência em função do risco torna patente que sobressaem os clientes com o tempo de permanência máximo, maior ou igual a 361 minutos em 131 clientes com risco, correspondendo a 39.9%, seguindo-se os clientes com o tempo de permanência compreendido entre os 121-240 minutos (19.8%), registando-se 65 clientes (cf. Tabela 31).

Em relação à presença de clientes sem risco, verificou-se que o tempo de permanência compreendido entre os 11-30 minutos, apresenta maior número de clientes sem risco, correspondendo a 21 clientes (26.9%), seguindo-se o tempo de permanência compreendido entre os 31-60 minutos, com uma percentagem de 25.6%, correspondendo a 20 clientes (cf. Tabela 30). Em relação a 0 minutos de permanência (tempo de permanência mínimo) registou-se 1 cliente sem risco, correspondendo a 1.3%. Em relação ao tempo de permanência máximo, maior ou igual a 361 minutos registou-se 6 clientes sem risco, correspondendo a 7.7% (cf. Tabela 31).

O teste de qui-quadrado indica que existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2= 92.675$; $p=0.000$), e pelos resíduos ajustados apuramos que as mesmas se situam entre os clientes com tempo de permanência compreendido entre 1-10 minutos, entre o tempo de permanência compreendido entre 11-30 minutos e o tempo de permanência compreendido entre os 31-60 minutos e sem risco e clientes com tempo de permanência compreendido entre os 241-360 minutos e o período de permanência igual ou superior a 361 minutos e com risco (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Tempo permanência da amostra de acordo com o risco.

Tempo(min)	Sem Risco		Com Risco		Total		Residuais			
	nº (78)	% (19.2)	nº (328)	% (80.8)	nº (406)	% (100.0)	Sem Risco	Com Risco	X ²	p
0m	1	1.3	1	0.3	2	0.5	1.1	-1.1	92.675	0.000
1-10m	5	6.4	3	0.9	8	2.0	3.1	-3.1		
11-30m	21	26.9	18	5.5	39	9.6	5.8	-5.8		
31-60m	20	25.6	25	7.6	45	11.1	4.6	-4.6		
61-120m	13	16.7	33	10.1	46	11.3	1.7	-1.7		
121-240m	11	14.1	65	19.8	76	18.7	-1.2	1.2		
241-360m	1	1.3	52	15.9	53	13.1	-3.4	3.4		
≥361m	6	7.7	131	39.9	137	33.7	-5.4	5.4		

Regressão Logística para a Predição do Nível de Risco

Avaliamos a significância das variáveis sociodemográficas (idade, género) variáveis de contexto clínico (manobra de RCP, tempo de permanência na urgência e

tempo de triagem e tempo de observação médica sobre a probabilidade de índice de risco, recorrendo à regressão logística através do método de *forward LR* para a seleção das variáveis ditas predictoras

Os resultados apresentados reportam a análise de 406 (95.1%) clientes triados com prioridade clínica vermelha registando-se 21 (4.9%) de casos omissos. A sensibilidade é de 93.8%, isto é o modelo classifica corretamente o nível de risco (sucesso-0) e a especificidade de 32.1%, sendo a percentagem de casos correctamente classificados de 82.%.

A tabela 32 apresenta os coeficientes das variáveis que foram utilizadas no modelo de regressão logística do modelo, respetiva estatística *Wald* e a sua significância para as variáveis que se constituíram como predictoras. De acordo com a estatística *Wald*, e para um nível de significância de 5%, verifica-se que os coeficientes apresentados nesta tabela contribuem significativamente para prever o nível de risco clínico no SU. A coluna *Exp (b)* estima o rácio de chances da variável dependente por unidade da variável independente. Nesse sentido o rácio de chances da ocorrência de manobras de RCP ($OR=0.333$) faz decrescer para 66.7% o nível de risco quando não são executadas. Por outro lado, os clientes com idade inferior ou igual a 70 anos ($OR=0.422$), o tempo de permanência no serviço de urgência ≤ 120 minutos e entre 120 e 240 minutos, e ainda o menor tempo de observação médica (entre 1 a 10 minutos) também fazem decrescer o nível de risco em 57.8% 94.7% 67.7% e 72.9% respetivamente, enquanto o tempo de permanência superior a 240 minutos faz aumentar o índice de risco em 152.8%.

Deste modo, dado que estas variáveis diminuem ou aumentam o nível de risco das pessoas que recorreram ao serviço de urgência, constituem-se como predictoras do risco clínico no SU, devendo ser consideradas no planeamento da assistência em saúde

Tabela 32 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável nível de risco com as variáveis predictoras (modelo ajustado) dos clientes com prioridade clínica vermelha

Variáveis	b	s.e.	X ² _{Wald}	gl	p	Exp(B) OR	%Exp(B)	IC 95% Exp (B)	
Manobras RCP	-1.099	0.552	3.964	1	0.046	0.333	- 66.7	0.113	0.983
Idade (1)	-0.862	0.301	8.233	1	0.004	0.422	- 57.8	0.234	0.761
Tempo permanência(1) (≤ 120 min)	-2.936	0.464	40.099	1	0.000	0.053	- 94.7	0.021	0.132
Tempo permanência(2) (> 120 min e ≤ 240 min)	-1.129	0.539	4.392	1	0.036	0.323	- 67.7	0.113	0.929
Tempo permanência(3) (>240 min e ≤ 360 min)	0.927	1.097	0.715	1	0.398	2.528	152.8	0.294	21.711
Tempo observação médica(1)	-1.306	0.435	9.010	1	0.003	0.271	-72.9	0.115	0.636

6. Discussão dos resultados

O presente estudo permitiu traçar um perfil sociodemográfico de uma amostra composta por 427 clientes com prioridade clínica vermelha, admitidos no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal, no período temporal de 2017, sendo a maioria (52.7%) do género masculino, com uma média de idades de 69.29 anos (± 20.13 anos), prevalecendo os clientes com idade igual ou superior a 80 anos (38.9%) e com idade ≤ 65 anos (36.1%). No estudo de Gonçalves et al. (2015), foram atendidos 147 167 clientes, sendo a maioria do sexo feminino (55.9%), cuja prioridade clínica mais frequente foi a amarela (47.4%), seguida da verde (36.5%), da laranja (14.2%), da azul (1.3%) e da vermelha (0.6%), não estando os dados apurados no presente estudo em conformidade, onde foram admitidos 86621 clientes, dos quais 427 com prioridade clínica vermelha. Apurou-se também que o dia da semana com mais admissões foi a terça-feira ($n=71$), seguindo-se a segunda-feira ($n=65$) e com menos clientes admitidos no domingo ($n=49$), estes resultados corroboram os apurados por Justo (2015), onde houve uma grande afluência de clientes ao serviço de urgência à segunda-feira e menor ao domingo.

Verificou-se que a maioria dos clientes (37%) permaneceu no serviço de urgência um tempo ≤ 120 minutos e 32% permaneceram um tempo superior aos 360 minutos, com prevalência no género feminino. Fazendo-se uma comparação com o estudo de Oliveira, Frutuoso, Veríssimo e Agripino (2017), com uma amostra maioritariamente do género feminino, com uma média de idade de 53.9 anos, o tempo de permanência no serviço de urgência foi de 215 minutos, não estando o presente estudo, em concordância, uma vez que o tempo de permanência é maior. Santos, Cardoso, Queirós, Cunha, Rodrigues e Apóstolo (2016, p. 2) referem que algumas das causas subjacentes aos tempos de permanência prolongados no serviço de urgência consistem na sobrelotação do serviço e na escassez de profissionais de saúde, ou seja, há uma disparidade de rácio profissional de saúde/cliente. Os mesmos autores argumentam que a etiologia da sobrelotação do serviço de urgência é multifatorial, com vários elementos que contribuem para a sua causa, resultando na diminuição de resposta da capacidade hospitalar. Por conseguinte, é importante ter-se em consideração que existe uma relação entre o número de clientes e a qualidade do atendimento, o que implica repensar nos recursos para resolver a questão da superlotação, além de melhorar a capacidade de atender aos parâmetros de qualidade.

No que respeita aos parâmetros clínicos em função do género, registaram-se valores normais de saturação de oxigénio em 56.1% dos clientes, enquanto 43.9% apresentam hipóxia. A administração de oxigénio ocorreu em 55,0% dos clientes. Em 36.5% da amostra recorreu-se a oxigenoterapia com valor elevado de débito de oxigénio. A maioria dos clientes (52.1%) realizou gasimetria. A interpretação dos valores de gasimetria mostra que 51.4% apresentam acidose. Verificou-se ainda que 60.5% dos clientes realizaram exames complementares de diagnóstico. Relativamente às manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), verifica-se que 390 (91.8%) dos clientes não foi sujeita às mesmas, sendo que 202 (51.8%) clientes são do género masculino e que 188 (48.2%) são do género feminino. Mais de metade da amostra (68.6%), apresenta pressão arterial sistólica normal, sendo 54.8% do género masculino e 45.2% do género feminino e 31.4% clientes revelaram híper/hipotensão sistólica. Estão em maioria os clientes (55.5%) com pressão diastólica normal, estando 44.5% hipertensos diastólicos. Apresentaram-se 61.3% normocárdicos, revelando taquicardia 30.8% dos clientes.

Maioritariamente os clientes (50.9%) apresentam valores normais de glicémia, enquanto 17.8% revelam hipoglicémia. Todos estes parâmetros clínicos foram considerados para classificação do nível de risco. De acordo com Santos e Ferri (2016, p. 9), o atendimento dos clientes no serviço de urgência deve processar-se em conformidade com critérios clínicos, com base nas queixas apresentadas pelo cliente, sinais vitais, saturação de O₂, escala da dor, glicemia, entre outros, agindo no tempo terapêutico, organizando o processo de trabalho, de modo a reduzir a superlotação do serviço de urgência. Obteve-se, que 51.6% de clientes pontuaram com nível de consciência classificado como grave, na Escala de Coma de Glasgow. Importa referir que no presente estudo o score da Escala de Coma de Glasgow serviu de suporte à operacionalização do nível da gravidade, ou seja, quanto menor a pontuação apresentada pelo cliente maior é gravidade. Neste sentido, também Oliveira et al. (2014, p. 27), saliente que o doente que tenha menor pontuação na Escala de Coma de Glasgow pode sofrer danos crânio-encefálicos mais graves.

O estado final do estado do cliente, foi de estabilidade para (34.3%), tendo 4.2% piorado e 23.9% teve como desfecho a morte. O destino dos clientes foi significativo para (26.7%), com internamento no Centro Hospitalar em estudo. O tempo de permanência máximo no serviço de urgência é superior a 360 minutos (32.3%), seguindo-se um tempo de permanência de 121-240 minutos (18%). Na maioria, a hora da alta dos clientes ocorreu entre as 14h-20h (39.6%), esta realidade clínica é

importante, sendo reforçada no estudo de Guedes et al. (2015), que os clientes classificados com cor vermelha têm 5.9 vezes mais de hipóteses de evolução para óbito em comparação com restantes. Os clientes de alta prioridade de atendimento têm 1.5 vezes mais hipóteses de ficarem internados mais de 5 dias.

Os resultados face aos grupos etários constituídos revelam que a percentagem mais elevada de clientes admitidos no serviço de urgência ocorreu entre as 8h-14h, (39.3%), com 38.1% a possuírem idade ≤ 70 anos e 61.9% na faixa etária ≥ 71 anos. A maioria dos clientes (75.4%) foi triada com um tempo de 0 (zero) minutos, sendo que 43.8% têm idade ≤ 70 anos e 56.2% com idade superior a 70 anos. Sobressaem os clientes triados entre as 8h-14h (37.5%), dos quais grande parte (61.9%) situa-se na faixa etária >70 anos. A observação médica ocorreu maioritariamente entre as 8h-14h, (37.8%), onde prevalecem os clientes com idade superior a 70 anos (62.2%). O Sistema de Triagem de Manchester prevê que pode suceder o agravamento da situação clínica do cliente no tempo de espera pela avaliação médica, possibilitando que a prioridade de atendimento possa ser alterada face a uma segunda avaliação. O estabelecimento da prioridade de atendimento é realizado a partir da queixa do doente que segue os fluxogramas para os diferentes problemas apresentados (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012, pp.188-189; GPT, 2016).

Os resultados do discriminador indicam que a percentagem mais elevada é compromisso da via aérea (39.9%), dos quais 50 têm idade inferior a 70 anos, seguindo-se os casos de respiração ineficaz (21.2%), sendo que 67 correspondem a idade superior a 70 anos. A prevalência das doenças foi para as do aparelho circulatório, mostrando que estão em maioria os clientes com idade superior a 70 anos ($n=59$). As doenças do aparelho respiratório representam 18.5% dos clientes, sendo que 16 têm idade inferior a 71 anos. No estudo de Souza et al. (2011), as queixas apresentadas pelos clientes, incluindo queixas urgentes, foram a insuficiência respiratória, a hemorragia digestiva, a hemiparesia aguda, a abstinência grave de álcool e drogas, a convulsão e o traumatismo craniano. De acordo com a nomenclatura do protocolo da Sistema de Triagem de Manchester, a dor representou a principal queixa dos clientes, tendo a cefaleia e a dor abdominal correspondido a 31.5% do total das queixas. No presente estudo, e tendo em conta a totalidade da amostra, o fluxograma que mais prevalece é o estado de inconsciência/síncope (23.5%), seguindo-se a dispneia com 19.7% e as convulsões com 13.1%

A saturação de oxigénio apresenta uma percentagem mais elevada nos clientes com valor normal (56.1%), com 74 na faixa etária inferior ou igual aos 70 anos e 77 na faixa etária superior aos 70 anos. Apurou-se que, em 43.9% dos casos, os

clientes apresentavam hipoxia, com destaque para 52.8% clientes mais velhos. Verificou-se que 55.0% dos clientes cumpriram oxigenoterapia, dos quais 85 têm idade ≤ 70 anos e 77 clientes com idade ≥ 71 anos, tendo 36.5% usufruído de um valor elevado de volume/débito de oxigênio, com destaque para 60 clientes com idade superior a 70 anos. Em relação à realização de gasimetria, a maioria dos clientes (51.4%) apresenta acidose, dos quais 43 com idade inferior aos 70 anos.

Os dados relativos à realização de exames complementares de diagnóstico, em função dos grupos etários, mostram que a maioria dos clientes que os realizaram possui idade igual ou superior aos 71 anos (58.2%). Quase a totalidade da amostra, (91.8%) não foi sujeita a manobras de RCP, havendo mais clientes (166) na faixa etária ≤ 70 anos. Em 81.7% dos clientes registou-se pressão arterial diastólica normal, dos quais 149 clientes com idade superior a 70 anos, e 53 clientes revelaram híper/hipotensão diastólica. Estão em maioria os clientes (68.6%) com pressão sistólica normal, sendo que 78 têm idade inferior ou igual a 70 anos. Prevaecem os clientes (50.9%) que não apresentam valores normais de glicemia, dos quais 63 se situam na faixa etária superior a 70 anos, e 67 (31.3%) apresentam-se hiperglicémicos, sendo que 19 têm idade ≤ 70 anos.

No processo de triagem dos clientes, de acordo com Novaes, Nascimento e Amaral (2016, p. 78), o enfermeiro tem de ter em consideração a apresentação imediata da queixa do cliente, os sinais vitais, a saturação de O₂, a escala de dor, a glicemia e a Escala de Coma de Glasgow, tendo sido todos estes parâmetros avaliados no presente estudo, o que permite atribuir o nível de risco.

Em relação ao estado final do doente, em função dos grupos etários, a percentagem mais elevada (34.3%) recai nos que se encontravam estáveis, igualmente divididos no que concerne a faixa etária. Dos clientes que melhoraram, 46 têm idade ≤ 70 anos e 61 idade ≥ 71 anos. Por outro lado, dos 102 óbitos registados, 79 tinham idade superior a 70 anos. Estudos documentam que os óbitos estão associados 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).

Os resultados da identificação da prevalência do nível de risco, considerando a amplitude dos scores obtidos em relação ao género, revelam que, no género masculino, o nível de risco 0 (mínimo) é de 21.3%, seguindo-se o nível de risco 10 (9.5%) e o nível de risco 7 (7.6%). Em relação ao nível de risco máximo (17), verificou-

se apenas a existência de um cliente, sem qualquer cliente com o nível de risco 16. Para o gênero feminino, o nível de risco 0 (mínimo) é de 16.9%, seguindo-se o nível de risco 7 com uma percentagem de 13.8%. Em relação ao nível de risco máximo (17), apenas se observou a existência de um cliente do gênero feminino. Salienta-se que no gênero feminino todos os clientes tiveram um nível de risco. Ainda em relação aos resultados do nível de risco em função do gênero, apurou-se um nível de risco médio de 5.39 ± 4.40 , num score esperado que oscila entre 0 e 18, sugerindo que se encontra ligeiramente abaixo do nível médio de risco. Os homens, em média ($M=5.81$), têm maior nível de risco que as mulheres ($M=4.94$). Entre o gênero encontramos significâncias estatísticas.

Quanto aos dados relativos à identificação da prevalência do nível de risco, considerando a amplitude dos scores obtidos em relação à idade, apurou-se que, para a faixa etária ≤ 70 anos, o nível de risco 0 (mínimo) é o prevalecente (27.3%), seguindo-se o nível de risco 3 (7.6%) e o nível de risco 4 (7.0%). Em relação ao nível de risco máximo (17), apenas se registou um cliente, com inexistência de qualquer cliente com o nível de risco 16. Para os clientes da faixa etária ≥ 71 anos, o nível de risco 7 é o mais prevalecente (15.4%), seguindo-se o nível de risco 0 (mínimo) (13.2%). Em relação ao nível de risco máximo (17), apenas se observou a existência de um cliente. Na faixa etária ≥ 71 anos, todos os clientes tiveram um nível de risco. Ambos os grupos etários apresentam um nível de risco médio igual ($M=5.39$).

Constatou-se que o rácio de chances da ocorrência de manobras de RCP ($OR=0.333$) faz decrescer para 66.7% o nível de risco quando são não realizadas. Por outro lado, os clientes com idade inferior ou igual a 70 anos ($OR=0.422$), o tempo de permanência no serviço de urgência ≤ 120 minutos e entre 120 e 240 minutos, e ainda o menor tempo de observação médica (entre 1 a 10 minutos) também fazem decrescer o nível de risco em 57.8% 94.7% 67.7% e 72.9% respetivamente, enquanto o tempo de permanência superior a 240 minutos faz aumentar o índice de risco em 152.8%.

A classificação do risco consiste num processo dinâmico de identificação de clientes que precisam de tratamento imediato, tendo em conta o potencial de risco, os danos intrínsecos à saúde ou ao grau de sofrimento, o que implica um atendimento prioritário em conformidade com a gravidade clínica do cliente e não com a ordem de admissão ao serviço de urgência (Souza et al., 2011, p.2). No estudo de Gonçalves et al. (2015), ficou documentado que o sistema de classificação de risco utilizado pelos enfermeiros num serviço de urgência se assumiu como um bom indicador para o risco de óbito e permanência hospitalar dos clientes admitidos no serviço de urgência.

Novaes, Nascimento e Amaral (2016) referem que o acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência serve para avaliar o cliente assim que é admitido com um atendimento humanizado, reduzindo o tempo de espera, acrescentando este estudo que diminui também o nível de risco.

7. Conclusões

O estudo refere-se a uma amostra de 427 clientes com prioridade clínica vermelha, admitidos no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal, no ano de 2017, sendo a maioria do género feminino, com uma média de idades de 69.29 anos ($\pm 20,13$ anos). O dia da semana com mais admissões foi a terça-feira (n=71), seguindo-se a segunda-feira (n=65) e com menos clientes admitidos ao domingo (n=49). O meio de transporte prevalente foi a Viatura de Emergência Médica, seguindo-se a ambulância e via Instituto Nacional de Emergência Médica.

A maioria dos clientes tinha como proveniência o domicílio, seguindo-se os institucionalizados e com menor ocorrência os provenientes de acidentes de viação.

Os resultados em revelam que:

- a maioria dos clientes (37%) permaneceu no serviço de urgência um tempo ≤ 120 minutos e 32% permaneceram um tempo superior aos 360 minutos;
- os valores de saturação de oxigénio foram normais em 56.1%;
- prevalecem os clientes com administração de oxigénio, tendo a maioria cumprido oxigenoterapia com alto débito de oxigénio, com predomínio do género masculino;
- a maioria realizou gasimetria, sobretudo o género masculino, tradutora da existência de acidose;
- mais de metade dos clientes realizaram exames complementares de diagnóstico;
- a grande maioria dos participantes de ambos os géneros não foi sujeita a manobras de reanimação cardiopulmonar, tendo sido realizadas apenas a 8.2%;
- mais de metade da amostra (68.6%) apresenta pressão arterial sistólica normal, com predomínio do género masculino;
- estão também em maioria os clientes com pressão diastólica normal (55.5%);
- a maioria dos clientes, apresenta valores normocárdico (61.3%) e apenas (7.9%) se revelam bradicárdicos;

- maioritariamente, os clientes apresentam valores normais de glicémia (50.9%), enquanto 17.8% revelam hipoglicémia;

- sobressaem os clientes que se mantiveram estáveis (34.3%), em que (26.9) foram internados no Centro Hospitalar em estudo, tendo 4.2% piorado e 23.9% teve como desfecho a morte;

- o tempo de permanência máximo no serviço de urgência é superior a 360 minutos, seguindo-se um tempo de permanência de 121-240 minutos, sendo a maioria da hora da alta entre as 14h-20h;

- a maioria de clientes com um estado final estável, independentemente da faixa etária; dos clientes que melhoraram, sobressaem os que possuem idade ≥ 71 anos; dos 102 óbitos registados, a maioria tinha idade superior a 70 anos.

A questão de investigação pretendia saber qual é o nível de risco clínico mais prevalente, apurando-se um nível de risco médio de 5.39, num score esperado que oscila entre 0 e 18, sugerindo que se encontra ligeiramente abaixo do nível médio de risco. Os homens, em média, têm maior nível de risco que as mulheres. Entre o género encontramos evidências estatísticas.

A ocorrência de manobras de RCP faz decrescer para 66.7% o nível de risco quando não são executadas. Os clientes com idade inferior ou igual a 70 anos, o tempo de permanência no serviço de urgência ≤ 120 minutos e entre 120 e 240 minutos, e o menor tempo de observação médica (entre 1 a 10 minutos) também fazem decrescer o nível de risco em 57.8% 94.7% 67.7% e 72.9% respetivamente, enquanto o tempo de permanência superior a 240 minutos faz aumentar o índice de risco em 152.8%. Dado que estas variáveis diminuem ou aumentam o nível de risco das pessoas que recorreram ao serviço de urgência, constituem-se como preditoras do risco clínico no SU.

Face ao estudo realizado, é de salientar que nenhum cliente teve um nível de risco máximo de dezoito (18), tendo-se verificado também que os clientes com doenças dos olhos apresentam tendencialmente um nível de risco de zero (0), mostrando os registos clínicos lacunas não sendo os parâmetros clínicos avaliados, de forma sistemática em todos os clientes. Em relação à avaliação da dor, existem apenas 8 clientes com registo válido (verificando-se 419 valores em falta/ missings), provavelmente por o cliente não conseguir mensurar a dor, devido ao seu estado clínico. Todavia, considera-se pertinente que exista uma gestão e controlo da dor mais eficaz nestes clientes. Verificou-se que em alguns casos o tempo de observação

médica apresenta um período mais longo do que o ideal, mas que se poderá dever-se ao fato de os registos médicos serem realizados à *posterior* da observação do cliente.

É ainda importante que exista um controlo mais eficaz dos sinais vitais, pois são estes os principais sinais de alerta da evolução do estado clínico, e determinantes do nível de risco das pessoas que recorreram ao serviço de urgência.

Na realização deste estudo encontraram-se algumas limitações, sendo a mais evidente a escassez de estudos que contemplem todos os parâmetros clínicos em estudo em função do género e da idade, bem como ao nível da identificação da prevalência do nível de risco, o que não permitiu uma explanação mais aprofundada do tema, de modo a discutir e comparar os resultados. Salienta-se também que o facto de a recolha de dados ter sido feita através de consulta de registos hospitalares e com casos omissos dificultou o tratamento estatístico, nomeadamente a operacionalização das variáveis para avaliar o nível de risco. Todavia, o facto deste estudo ser quantitativo, de coorte transversal retrospectivo permitiu a análise da problemática em estudo. Apesar destas limitações, considera-se que esta investigação se assume como um contributo para um melhor conhecimento do fenómeno em estudo, sugerindo-se, deste modo, uma replicação do mesmo, com clientes triados com a prioridade clínica, laranja e amarela, comparando-se posteriormente os resultados e aferindo o nível de risco na população mais alargada que recorre ao serviço de urgência.

8. Referências bibliográficas

- Antunes, D.A., & Guimarães, J.P. (2013). A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, Vol. 2, 2, 25-44. Acedido em <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/viewFile/197/101>
- Campos, G.M.S., Medeiros, I., Lara, J.S., Maldonado, R.S., & Delben, T.V.T. (2016). TRIAGEM: O Método que prioriza a vida. *Connetion*, 15, 88-104. ISSN 1980-7341 Acedido em <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/349/578>
- Carvalho, M.M.C. (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>
- Coutinho, A.A.P., Cecílio, L.C.O., & Mota, J.A.C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*; 22(2), 188-198. Acedido em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. 014/2010. Acedido em <https://www.dgs.pt/?cr=16946>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Normas e Circulares Normativas. Obtido de Norma nº 002/2015 de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015 Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata: https://www.dgs.pt/DGS_dgs_cpt. Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial*. Circular Normativa. Nº: 2/DGCG: 31/03/04. Acedido em <https://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=6824>
- Feijó, V.B.E.R., Júnior, L.C., Souza, R.K.T., & Dias, A.O. (2015). Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, Vol. 39, 106, 627-636. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>

- Fitz, G., Jelinek, G.A., Scott, D., & Gerdtz, M.F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*; 27(2), 86-92. Acedido em <https://emj.bmj.com/content/27/2/86>
- Gomes, M.M.O.R. (2013). *O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4546/1/DM_MafaldaGomes_2014.pdf
- 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 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28569949>
- Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência- Protocolo de Triagem de Manchester*. Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Grupo Português de Triagem (2016). *Sistema de Triagem de Manchester*. Acedido em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Grupo Português de Triagem (2017). *Protocolo de Triagem de Manchester*. Acedido em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=109
- Guedes, H. M., Almeida, Á. G. P., Ferreira, F. D. O., Vieira Júnior, G., & Chianca, T. C. M. (2014). Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 37-44. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn1/serlVn1a05.pdf>
- 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 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25946494>
- Guedes, M. V., Henriques, A. C., & Lima, M. M. (2013). Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 66, 1, 31-37. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005>
- Júnior, J.A., & Matsuda, L.M. (2012). Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. *Texto*

Contexto Enferm.; 21(1):217-25. Acedido em doi.org/10.1590/ S0104-07072012000100025.

Justo, A.R.M. (2015). *Caracterização e Análise das Admissões Hospitalares na Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Um estudo com os utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central.* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16278/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Raquel%20Justo.pdf>

Lopes J.B. (2011). *Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa.* Porto alegre: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 36 f. Acedido em <http://www.lume.ufrgs.br/andle/10183/37529>.

Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2010). *Sistema Manchester de classificação de risco* (2ª ed.). Belo Horizonte, Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

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

Ministério da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a Organização dos Espaços do Serviço de Urgência.* Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.* Lisboa.

Moreno, C., & Rego, G. (2010). Triage de Manchester-Characterização do Sistema. Em G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saude* (pp. 275-284). Lisboa: Prata&Rodrigues.

Neves, L.M. (2010). Triage de Manchester-Enquadramento conceptual. Em G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saúde* (pp. 263-273). Lisboa: Prata&Rodrigues.

Novaes, G,P.M., Nascimento, P.A., & Amaral, S.H.R. (2016). Protocolos de classificação de risco utilizados nas unidades de pronto socorro e atendimento (UPAS) 24 horas: uma questão de humanização. Caderno Saúde e

- Desenvolvimento, Vol. 9, 5, 61-84. Acedido em <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e.../article/.../377>
- Novo, L.S.M. (2010). *A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia. Faculdade do Porto. Acedido em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia%20Novo%20Dissertao%20A%20Procura%20de%20Cuidados%20de%20Sade%20no%20Distrito%20de%20V.pdf>
- Oliveira, D.M.P., Pereira, C.H., & 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, J.L.C., Gatti, A.P., Barreto, M.S., Junior, J.A.B., Góes, H.L.F., & Matsuda, L.M. (2017). Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm.*; 26(1):e0960014
- Oliveira, M., & Trindade, M.F. (2010). Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Rev Hórus*; 2(4), 1-11. Acedido em http://www.faesu.edu.br/horus/num2_1/atendimento_urgencia.pdf
- 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>
- Oredsson. S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K.E., Ehrenberg, A. et al. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency medicine. *BioMed Central Ltd*; 19(1), 43. Acedido em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3152510&tool=pmcentrez&rendetype=abstract>
- Paixão, T.C., Campanharo, C.R., Lopes, M.C., Okuno, M.F., & Batista, R.E. (2015). Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 486-493.
- Pereira, M.J. (2018). Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Acedido em [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)

Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). *Relatório CRRNEU*. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>

Regulamento nº 124/2011 (2011). Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciaspecificenfessoasituacaocritica.pdf

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, D.B.C., & Ferri, G.S. (2016). *Acolhimento e classificação de risco em serviço hospitalar de urgência*.

Acedido em <http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/1556>

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*, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 14, 5: 96-102. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002562

Schaffler, A., & Menche, N. (2004). *Medicina interna e cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática* (6^a ed.). Loures: Lusociência.

Silva, A., Santos, B., & Brasileiro, M. (2013). *Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu (CPGLS)*. Acedido em

<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Impacto%20da%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20m%C3%A9todos%20de%20triagem%20no%20atendimento%20em%20urg%C3%Aancia%20e%20emerg%C3%Aancia.pdf>: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>

Silva, A.P., Diniz, A.S., Araújo, F.A., & Souza, C.C. (2013). Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo protocolo de Manchester. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro*; 3(1), 507-517.

Acedido em <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/287>

Souza, C. C., Araújo, F. A., & Chianca, T. C. (2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 144-151. Obtido de Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019>

Souza, C.C., Toledo, A.D., Tadeu, L.F.R., & Chianca, T.C.M. (2011). Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(1), 2-8. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf

Veríssimo, O.M.T. (2018). *O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=57753>.

Vieira, A.C., Bertoncetto, K.C.G., Girondi, J.B.R., Nascimento, L.R.P., Hammerschmidt, K.S.A. & Zefeino, M.T. (2016). Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. *Texto Contexto Enferm*; 25(1):e1830014.

Acedido em http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-1830014.pdf

ANEXOS

Anexo I – Grelha de recolha de dados

Perfil do risco dos clientes admitidos no serviço de urgência

Grelha de Recolha de Dados

Nº Quest: _____

Variáveis Sociodemográficas

1 Idade: _____ anos

2 Género: Masculino

Feminino

3 Distrito de Residência Viseu

Outros _____

4 Proveniência:

5 Sistema de Saúde ADSE

SNS

Outros

Variáveis de Contexto

6 Data de Admissão de _____/_____/2017

7 Hora de Admissão de _____:_____

8 Dia da semana _____

9 Transporte INEM
 VMER
 Transporte Próprio

Ambulância

Outros

Variáveis Clínicas

10 Prioridade Clínica Vermelho

11 Queixa -CID10 _____

12 Fluxograma da Triagem de Manchester _____

13 Discriminador da Triagem de Manchester _____

Marcadores de Risco

14 Parâmetros vitais

FC: Temperatura timpânica: FR Dor: SatO2: Pressão Arterial Sistólica: Diastólica: ECG: Glicemia capilar

15 Hora da Triagem: da _____:_____

16 Hora da 1ª avaliação médica: _____:_____

17.Gasimetria: Sim Não

18.Int. Gasimetria Alcalose Acidose Normal

19.Oxigenoterapia: Sim Não

20 Volume Oxigênio:

21 Exames complementares de Diagnóstico:

Gasimetria

Exames de Imagem

ECG de 12 derivações

22 Manobras de RCP Sim

Não

23.Estado do Paciente:

24.Destino:

25.Hora Alta:

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética - recolha de dados -Evidências para não arriscar Vidas do Pré-Hospitalar ao SU e à alta



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