

O PACIENTE EMERGENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CLÍNICO

THE EMERGING PATIENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: STRATIFICATION

EL PACIENTE EMERGENTE EN URGENCIAS: ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CLÍNICO

Sara Sebastião¹
Madalena Cunha²

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu, Portugal (saramfa@hotmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-0729-1846>

²Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra; SIGMA – Phi Xi Chapter, ESEnFC, Coimbra, Portugal; CIEC- UM, Braga, Portugal (madadelacunhanunes@gmail.com)
<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author
Madalena Cunha
Rua Amor de Perdição, n.º 48
3500-608 Viseu, Portugal
madadelacunhanunes@gmail.com

RECEIVED: 19th October, 2021
ACCEPTED: 19th November, 2021



Servir, 2(1), 65-74

DOI:10.48492/servir0201.25679



RESUMO

Introdução: O aumento da afluência ao Serviço de Urgência induz a necessidade de implementar um processo eficaz na gestão dos cuidados de saúde aos doentes emergentes. Como resposta a essa problemática prevalece o sistema de triagem, instrumento que estabelece a prioridade clínica de atendimento para a primeira observação médica e promove, por essa via, a gestão do risco clínico e a equidade no acesso ao Serviço de Urgência.

Objetivo: Determinar o nível de risco clínico mais prevalente nos doentes com prioridade emergente.

Métodos: Estudo descritivo, com coorte retrospectivo, realizado em pacientes que foram triados com prioridade clínica emergente na admissão ao serviço de urgência, em que 52.7% da amostra pertence ao género masculino. Os dados foram recolhidos através da consulta do Sistema de Informação Alert® de um centro hospitalar da região Centro de Portugal.

Resultados: O nível de risco clínico que prevaleceu no género masculino foi de 10 (dez) e no feminino de 7 (sete). Observou-se que 61.9% dos doentes com risco clínico pertencem à faixa etária maior ou igual a 71 anos. Os fatores: idade inferior ou igual a 70 anos (OR=0.422), o tempo de permanência no serviço de urgência inferior ou igual a 120 minutos e entre 120 e 240 minutos e, ainda, o menor tempo de observação médica (1 a 10 minutos), representaram uma diminuição do risco clínico em 57.8%, 94.7%, 67.7% e 72.9%, respetivamente. Por outro lado, o tempo de permanência superior a 240 minutos representou um aumento do índice de risco em 152.8%. O rácio de chances da ocorrência de manobras de reanimação cardiopulmonar (OR=0.333) faz decrescer para 66.7% o nível de risco quando não são executadas.

Conclusão: As variáveis, sexo masculino, idade superior a 70 anos e tempo de permanência mostraram ser determinantes do risco clínico pelo que se impõe considerá-las aquando da gestão do tratamento emergente no serviço de urgência.

Palavras-chave: emergente; risco; serviço de urgência.

ABSTRACT

Introduction: The Emergency Department attendance increase leads to the need to implement an effective process in the management of healthcare for emerging patients. The triage system prevails, as an answer to this problem. It is an instrument that establishes the clinical priority of care for the first medical observation and, in this way, promotes the management of clinical risk and equity in access to the Emergency Service.

Objective: To determine the most prevalent clinical risk level in emerging priority clients.

Methods: Descriptive study, with a retrospective cohort, carried out in patients who were screened with emerging clinical priority upon admission to the emergency department, in which 52.7% of the sample was male. Data were collected by consulting the Alert® Information System of a hospital in the Center region of Portugal.

Results: The prevailing clinical risk level for males was 10 (ten) and 7 (seven) for females. It was observed that 61.9% of clients with clinical risk belong to the age group greater than or equal to 71 years. The factors: age less than or equal to 70 years (OR=0.422), length of stay in the emergency room less than or equal to 120 minutes and between 120 and 240 minutes, and the shortest medical observation time (1 to 10 minutes), represented a decrease in clinical risk of 57.8%, 94.7%, 67.7% and 72.9%, respectively. On the other hand, a stay longer than 240 minutes represented an increase in the risk index of 152.8%. The odds ratio of the occurrence of cardiopulmonary resuscitation maneuvers (OR=0.333) decreases to 66.7% the risk level when they are not performed.

Conclusion: The variables male gender, age over 70 years and length of stay proved to be determinants of clinical risk, which is why it is important to consider them when managing emergent treatment in the emergency department.

Keywords: emerging; risk; emergency service.

RESUMEN

Introducción: El aumento de la asistencia al Servicio de Urgencias conlleva la necesidad de implementar un proceso eficaz en la gestión de la atención sanitaria de los pacientes emergentes. Como respuesta a esta problemática, prevalece el sistema de triaje, instrumento que establece la prioridad clínica de la atención para la primera observación médica y, de esta forma, promueve la gestión del riesgo clínico y la equidad en el acceso al Servicio de Urgencias.

Objetivo: Determinar el nivel de riesgo clínico más prevalente en doentes prioritarios emergentes.

Métodos: Estudio descriptivo, con una cohorte retrospectiva, realizado en pacientes que fueron cribados con prioridad clínica emergente al ingreso en urgencias, en los que el 52,7% de la muestra era del sexo masculino. Los datos se recogieron consultando el Sistema de Información Alert® de un hospital de la región Centro de Portugal.

Resultados: El nivel de riesgo clínico predominante para los hombres fue de 10 (diez) y 7 (siete) para las mujeres. Se observó que el 61,9% de los doentes con riesgo clínico pertenecen al grupo de edad mayor o igual a 71 años. Los factores: edad menor o igual a 70 años (OR = 0.422), tiempo de estadía en urgencias menor o igual a 120 minutos y entre 120 y 240 minutos, y también el tiempo de observación médica más corto (1 a 10 minutos), representó una disminución del riesgo clínico de 57,8%, 94,7%, 67,7% y 72,9%, respectivamente. Por otro lado, una estadía superior a 240 minutos representó un aumento del índice de riesgo del 152,8%. El odds ratio de ocurrencia de maniobras de reanimación cardiopulmonar (OR = 0,333) disminuye al 66,7% el nivel de riesgo cuando no se realizan.

Conclusión: Las variables sexo masculino, edad mayor de 70 años y estancia hospitalaria resultaron ser determinantes del riesgo clínico, por lo que es importante considerarlas a la hora de gestionar el tratamiento urgente en urgencias.

Palabras clave: emergente; riesgo; servicio de emergencia.

Introdução

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

O aumento crescente da procura do serviço de urgência resulta muitas vezes em pressões sobre a estrutura do serviço e os profissionais. Por outro lado, 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 sua situação clínica, uma vez que o tempo de atendimento é um fator determinante para o desfecho obtido. (Oredsson, Jonsson, Rognes, Lind, Göransson, Ehrenberg et al., 2011, p. 43).

Desta forma, para que se assegure um acesso de qualidade aos doentes, urge 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. 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).

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

Deste modo, 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 dos doentes. Esta é uma alternativa eficaz na diminuição do tempo de espera dos doentes, implicando a qualificação desse atendimento de forma humanizada e acolhedora (Júnior & Matsuda, 2012, p.751).

É hoje uma evidencia consensual que a classificação do risco clínico de um doente só é possível com o trabalho de um profissional de saúde com experiência, capaz de avaliar cada caso, conduzindo-o da melhor forma, para ser possível determinar a sua gravidade e o seu potencial de agravamento. Por esse motivo, a existência de protocolos sistematizam a ação do profissional, facilitam o seu trabalho e efetivam uma avaliação concreta do risco clínico e a vulnerabilidade de cada doente (Vieira, Bertoncello, Girondi, Nascimento, Hammerschmidt, & Zefeino, 2016).

Da contextualização feita, surge a seguinte questão de investigação: Qual é o nível de risco clínico mais prevalente nos doentes com prioridade clínica emergente, admitidos no serviço de urgência?

Tendo em vista a obtenção de respostas foi definido como objetivo geral: determinar o nível de risco dos doentes com prioridade clínica emergente admitidos no serviço de urgência.

1. Métodos

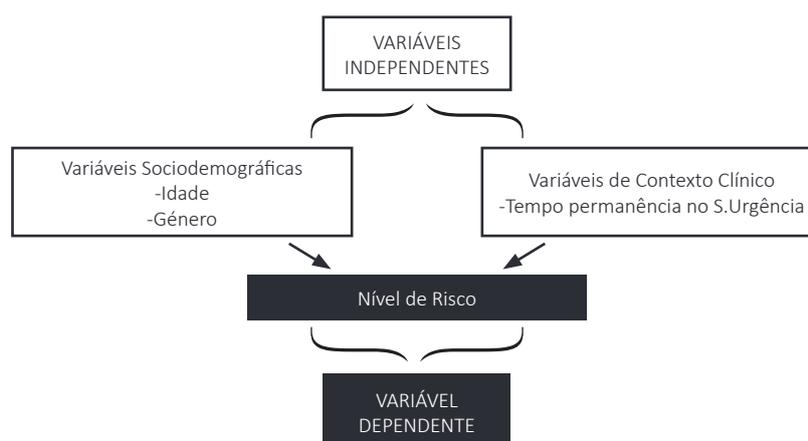
O estudo descritivo, com coorte retrospectivo, foi realizado em doentes que foram triados com prioridade clínica emergente na admissão ao serviço de urgência.

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

Assume-se como fulcral a análise da estratificação do risco de doentes que recorreram a um serviço de urgência no espaço temporal de um ano civil completo. Igualmente importante é analisar a estratificação do risco dos doentes 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 como apresentado, com o qual se pretende explicar as inter-relações das diversas variáveis com o nível de risco clínico mais prevalente nos doentes admitidos no serviço de urgência, que se assume neste estudo como 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), equivalente a sem risco, e o score um (1), tradutor da presença de risco. O nível de risco global oscila assim, entre um mínimo de zero (0) e um máximo de dezoito (18).

Estratificação do Nível de Risco		
Parâmetros	Classificação	Score de risco
Pressão arterial	Normal	0
	Hiper/Hipotensão sistólica: TAS \geq 140mmHg; TAS \leq 90mmHg	1
	Hiper/Hipotensão diastólica: TAD \geq 90/TAD \leq 60	1
Frequência cardíaca	Normal: FC:61-119bpm	0
	Bradycardia: FC<60bpm	1
	Taquicardia .FC> 120bpm	1
Saturação de oxigénio	Normal: \geq 95%	0
	Hipóxia :<95%	1
Gasimetria	Normal: PH:7,35; P Co_2 :35-45mmHg; P O_2 70-100mmHg	0
	Alcalose: PH>7.45; P Co_2 <35mmHg; HCO $_3$ >28mEq/L	1
	Acidose:PH<7.35; P co_2 >45mmHg; HCO $_3$ <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	

Parâmetros	Estratificação do Nível de Risco	
	Classificação	Score de risco
Temperatura	Normal: Tº 35ºC-37,4ºC	0
	Hipotermia: Tº<35ºC	1
	Hipertermia: Tº>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

A amostra não probabilística de suporte ao presente estudo integra 427 doentes, dos quais 225 (52.7%) são do género masculino e 202 (47.3%) do feminino, triados com prioridade clínica emergente.

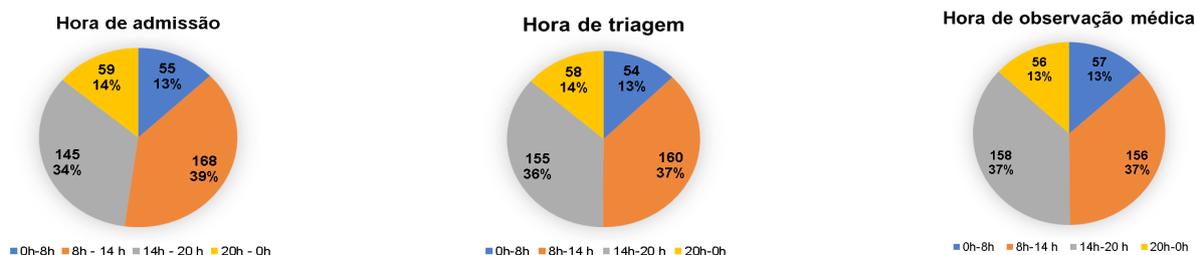
A recolha de dados foi realizada através da consulta do Sistema de Informação Alert® de um centro hospitalar da região Centro de Portugal.

2. Resultados

O período de admissão no serviço de urgência das 8h-14h é o mais significativo, correspondendo a 168 (39.3%) dos doentes. Neste período, verifica-se que 64 doentes (38.1%) detêm idade ≤70 anos e 104 (61.9%) uma faixa etária ≥71 anos.

A maioria dos doentes 322 (75.4%), foi triado com um tempo de 0 (zero) minutos, sendo 171 (53.1%) homens e 151 (46.9%) mulheres. Dos doentes triados com um tempo de 0 (zero) minutos, 141 (43.8%) doentes têm idade inferior ou igual a 70 anos e 181 (56.2%) mais de 70 anos.

No período de observação médica entre as 8h-14h, registaram-se 59 (37.8%) doentes com idade ≤70 anos e 97 (62.2%) com 70 ou mais anos, enquanto entre as 14h-20h foram observados pelo médico, 77 (48.7%) doentes com idade inferior a 71 anos e 81 (51.3%) com idade igual ou superior.



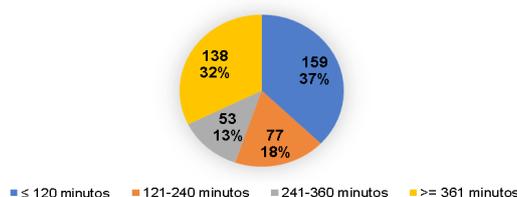
O tempo de permanência no serviço de urgência variou entre 0 minutos e 2725 minutos (45.42 horas), ao que corresponde um tempo médio de 349.85 minutos (±408.68) (5.83 horas). O tempo de permanência no serviço de urgência é superior a 360 minutos em 32.3% dos casos, seguindo-se um tempo de permanência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

Para o género masculino, regista-se um tempo de permanência mínimo de 0 minutos e um máximo de 2725 minutos. No género feminino, o mesmo oscila entre 0 e 2051 minutos.



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

Tempo de permanência no serviço de urgência



2.1. Resultados da avaliação clínica

Os resultados da avaliação clínica dos doentes denotam que:

- **Fluxograma:** o que mais prevalece é o estado de inconsciência/síncope (23.5%), seguindo-se a dispneia (19.7%) e as convulsões (13.1%).
- **Discriminador:** 130 doentes apresentaram compromisso da via aérea (30.9%).
- **Prioridade de triagem:** prioridade emergente (100%).
- **Valores de saturação de oxigênio:** 56.1% de doentes com valores normais, 43.9% apresentam hipoxia.
- **Administração de oxigênio:** 55,0% realizaram oxigenoterapia;
- **Gasimetria:** realizaram este exame 221 doentes (52.1%), cujos valores mostram que 51.4% se encontrava em acidose, seguindo-se 34.7% com valores normais.
- **Frequência Cardíaca:** 171 (61.3%), apresenta-se normocárdico, revelando taquicardia 86 doentes (30.8%).
- **Pressão arterial sistólica:** normal em 79.7%, 20.3% são híper/hipotensos sistólicos.
- **Temperatura:** 247 doentes com hipertermia (57.8%) e 27 doentes apresentam hipotermia (6.3%).
- **Glicémia:** 109 doentes (50.9%), apresentam valores normais, enquanto 17.8% da amostra se revela hipoglicémica.
- **Escala de Coma de Glasgow:** sobressaem os doentes com nível de consciência classificados como grave (51.6%).
- **Manobras de Reanimação Cardiopulmonar (MRCP):** 390 (91.8%) dos doentes não foi sujeita a MRCP, no entanto estas foram aplicadas a 8,2% dos doentes.
- **Exames complementares de diagnóstico:** 256 doentes (60.5%) .
- **Estado clínico do doente:** 146 doentes (34.3%) estáveis; 107 (25.1%) melhoraram; 18 (4.2%) pioraram; em 102 (23.9%) doentes o desfecho foi óbito.
- **Destino:** 115 doentes (26.7%) foram internados no centro hospitalar em estudo, seguindo-se 102 (23.9%) doentes em que o desfecho foi o óbito. Por outro lado, 47 (11.0%) dos doentes foram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).
- **Hora da alta:** a alta, em 39.6% ocorreu entre as 14h-20h, seguindo-se os doentes com alta entre as 8h-14h (26.5%).

2.2. Estratificação do risco clínico

No género masculino, registou-se que o nível de risco 0 (mínimo), é o que prevalece com maior percentagem 21.3%, correspondendo a 45 doentes, seguindo-se o nível de risco 10, com uma percentagem 9.5% e o nível de risco 7 com uma percentagem de 7.6%. (cf. Tabela 1).

Para o género feminino, o nível de risco 0 (mínimo) também apresenta a percentagem mais elevada, 16.9%, correspondendo a 33 doentes, seguindo-se o nível de risco 7 com 13.8%. Em relação ao nível de risco máximo (17), apenas se observou a existência de um doente do género feminino. (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Nível de Risco em função do género.

Género Nível de Risco	Masculino		Feminino		Total		X2	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		

Observou-se que na faixa etária maior ou igual a 71 anos o percentual de doentes com scores de risco clínico é mais elevado. (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Nível de risco de acordo com a idade

Idade Variáveis Nível de risco	≤70 anos		≥71 anos		Total		X2	p
	nº (172)	% (42.4)	nº (234)	% (57,6)	nº (406)	% (100.0)		
0	47	27,3	31	13,2	78	19,2	40.825	0.001
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		
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		



Os resultados sobre o nível de risco em função da idade, revelam que sobressaem os doentes com presença de risco nas idades igual ou superior a 80 anos, (43.0%), em que foram registados 141 doentes. O grupo etário inferior a 65 anos, apresenta maior número de doentes sem risco, correspondendo a 44 doentes (56.4%), (cf. Tabela 2).

Os resultados revelam que o género masculino apresenta maior número de doentes com risco (50.6%), representativa de 166 doentes, sendo o feminino representado por 162 doentes (49.4%). (cf. Tabela 3).

Tabela 3– Estatísticas do nível de risco de acordo com o género e a idade

Variáveis	Sem Risco		Com Risco		Total		Residuais		X2	p
	nº (78)	% (19.2)	nº (328)	% (80.8)	nº (406)	% (100.0)	Sem risco	Com risco		
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		
65- 70 anos	3	3.8	25	7.6	28	6.9	-1.2	1.2	18.631	0.000
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		

Os fatores: idade inferior ou igual a 70 anos (OR=0.422), o tempo de permanência no serviço de urgência inferior ou igual a 120 minutos e entre 120 e 240 minutos e, ainda, o menor tempo de observação médica (1 a 10 minutos), representaram uma diminuição do risco clínico em 57.8%, 94.7%, 67.7% e 72.9%, respetivamente. Por outro lado, o tempo de permanência superior a 240 minutos representou um aumento do índice de risco em 152.8%. O rácio de chances da ocorrência de manobras de reanimação cardiopulmonar (OR=0.333) faz decrescer para 66.7% o nível de risco quando não são executadas.

3. Discussão

O presente estudo permitiu traçar o perfil sociodemográfico de uma amostra composta por 427 doentes com prioridade clínica emergente, sendo a maioria (52.7%) do género masculino, com uma média de idades de 69.29 anos, prevalecendo os doentes com idade igual ou superior a 80 anos (38.9%) seguindo-se os doentes com idade ≤65 anos (36.1%). 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; Grupo Português de Triagem, 2016).

Os resultados face aos grupos etários constituídos revelam que a percentagem mais elevada de doentes 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 doentes (75.4%) foi triada com um tempo de 0 (zero) minutos, sendo que 37.5% dos doentes foram triados entre as 8h-14h. A observação médica também ocorreu maioritariamente entre as 8h-14h, (37.8%).

Em 37% dos doentes o tempo de permanência no serviço de urgência foi ≤120 minutos e 32% permaneceram um tempo superior aos 360 minutos, com prevalência no género feminino. No 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 menor, totalizando 215 minutos. Neste âmbito, Santos, Cardoso, Queirós, Cunha, Rodrigues e Apóstolo (2016) 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/doente. 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 doentes e a qualidade do atendimento, o que implica repensar os recursos para resolver a questão da sobrelotação, e de melhorar a capacidade de atender aos parâmetros de segurança e qualidade.

Conclusão

Em função dos dezassete níveis de risco clínico definidos, constatou-se que prevaleceu o nível de risco 10 (dez) no género masculino e o nível 7 (sete) no feminino. Inferiu-se que o género masculino apresenta maior potencial de risco e que os doentes com idades superiores a 70 anos representam uma faixa etária com prevalência de risco elevado.

Os fatores: idade inferior ou igual a 70 anos (OR=0.422), o tempo de permanência no serviço de urgência inferior ou igual a 120 minutos e entre 120 e 240 minutos e, ainda, o menor tempo de observação médica (1 a 10 minutos), representaram uma diminuição do risco clínico em 57.8%, 94.7%, 67.7% e 72.9%, respetivamente. Por outro lado, o tempo de permanência superior a 240 minutos representou um aumento do índice de risco em 152.8%. 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 não são executadas.

Em face dos resultados justifica-se determinar uma previsão dos eventos da região demográfica afeta ao serviço de urgência de onde foram retirados estes dados. Esta inferência, torna-se um indicador útil para o hospital em causa, uma vez que permitirá uma melhor gestão de recursos e facilitará o trabalho dos profissionais, sendo igualmente benéfico para o doente, dado que potencia a realização de intervenções personalizadas dirigidas às necessidades específicas de cada doente, tendo como principal objetivo a sua rápida recuperação. Corrobora-se assim a tese inicial, de que através de um sistema de triagem sistematizado é possível organizar de forma eficaz os recursos do serviço de urgência e deste modo prevenir o agravamento de estados clínicos já instáveis, e assim, evitar desfechos trágicos.

Apesar da pertinência dos resultados obtidos, dado que o n da amostra é baixo, o que constitui uma limitação, não é possível extrapolar as inferências para os serviços de urgência do país, pelo que os resultados devem ser interpretados em função do contexto em estudo. Torna-se assim necessário replicar a pesquisa sobre os níveis de risco clínico, noutros serviços de urgência, para se validarem as inferências obtidas e propor medidas concretas adequadas à singularidade do perfil de doentes emergentes atendidos e às especificidades dos contextos clínicos.

Conflito de Interesses

O presente artigo divulga os resultados de uma investigação já concluída no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido na ESSH- IPV e cujo Relatório está público no Repositório do IPV.

Agradecimentos e Financiamento

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto Ref^a UIDB/00742/2020. Agradecemos adicionalmente à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) e ao Politécnico de Viseu pelo apoio prestado.

Referências bibliográficas

- 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>
- 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
- Júnior, J.A., & Matsuda, L.M. (2012). Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. *Texto 95 Contexto Enferm.*; 21(1):217-25. Acedido em doi.org/10.1590/S0104-07072012000100025.
- 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>.
- 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>
- Santos, E., Cardoso, D., Queirós, P., Cunha, M., Rodrigues, M., Apóstolo, J. (2016). The effects of emergency department overcrowding on admitted patient outcomes: a systematic review protocol", *JBISRIR-2016-002562*, *JBISRIR-2016-002562*
- 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>
- 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., Bertonecello, 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.