







CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE UM PRONTO-SOCORRO PÚBLICO SEGUNDO O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

CHARACTERISTICS OF CARE OF A PUBLIC EMERGENCY ROOM ACCORDING TO THE MANCHESTER TRIAGE SYSTEM

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO SEGÚN EL SISTEMA DE TRIAJE DE MANCHESTER

 Alessandra Dias Costa e Silva ¹
 Tânia Couto Machado Chianca ²
 Danielle Resende Pádua ¹
 Gilberto de Lima Guimarães ²
 Bruna Figueiredo Manzo ²
 Allana dos Reis Correa ²

¹ Hospital Risoleta Tolentino Neves - HRTN, Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Danielle Resende Pádua
E-mail: danielle_rpadua@yahoo.com.br

Contribuições dos autores:

Análise estatística: Alessandra D. C. Silva, Danielle R. Pádua;
Coleta de Dados: Alessandra D. C. Silva, Danielle R. Pádua;
Conceitualização: Alessandra D. C. Silva, Danielle R. Pádua, Gilberto L. Guimarães, Allana R. Correa; **Gerenciamento do Projeto:** Allana R. Correa; **Metodologia:** Danielle R. Pádua; **Redação - Preparação do original:** Alessandra D. C. Silva, Allana R. Correa; **Redação - Revisão e Edição:** Alessandra D. C. Silva, Tânia C. M. Chianca, Danielle R. Pádua, Gilberto L. Guimarães, Bruna F. Manzo; **Supervisão:** Allana R. Correa; **Validação:** Allana R. Correa; **Visualização:** Alessandra D. C. Silva, Tânia C. M. Chianca, Bruna F. Manzo.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 11/05/2018

Aprovado em: 13/02/2019

RESUMO

Objetivo: caracterizar os atendimentos de pacientes classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM) em um hospital público de grande porte. **Metodologia:** trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa que analisou 52.657 atendimentos com classificação de risco realizada à admissão no Pronto-Socorro no ano de 2015. Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos e submetidos à análise descritiva pelo programa Statistical Package for Social Sciences versão 19.0. **Resultados e discussão:** predominou população do sexo masculino (54,2%), mediana de 33 anos de idade (IQ: 19-51). As faixas etárias mais frequentes foram adultos jovens entre 19 e 29 anos (20,7%) e idosos (16,4%). Os níveis de prioridades clínicas mais frequentes foram urgente/amarelo (45,6%) e pouco urgente/verde (33,4%) e os fluxogramas mais acessados foram problema de extremidades (31,4%) e "mal-estar em adulto (10,1%). O tempo entre o registro e a classificação teve mediana de 6,2 minutos (IQ: 2,8-13). Quanto ao tempo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento, a mediana em minutos foi de 20,1 (IQ: 9,3-33,7) para emergência/vermelho, 18,5 (IQ:10,9-33,2) para muito urgente/laranja, 58,2 (IQ:30,2-111,2) para urgente/amarelo, 92,7 (46,9-177,3) para pouco urgente/verde e 103,4 (IQ:41,5-209,6) para não urgente/azul. Predominou como desfecho a alta após consulta/medicação (61,3%). **Conclusão:** a reavaliação dos fluxos e processos relacionados à classificação de risco e ao atendimento inicial tem o intuito de melhorar a precisão dos registros e do tempo de primeiro atendimento, o que pode contribuir para uma assistência mais qualificada e resolutiva.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência; Serviços Médicos de Emergência; Triagem; Admissão do Paciente; Triagem; Enfermagem em Emergência; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to characterize the care of patients classified by the Manchester Triage System (MTS) in a large public hospital. **Methodology:** it is a descriptive study with a quantitative approach that analyzed 52,657 patients with a risk classification made on admission to the Emergency Room in the year 2015. The data were collected in electronic records and subjected to descriptive analysis by the program Statistical Package for Social Sciences 19.0 version. **Results and discussion:** predominant male population (54.2%), average age of 33 years (IQ: 19-51). The most frequent age groups were young adults between 19 and 29 years old (20.7%) and elderly (16.4%). The most frequent clinical priority levels were urgent/yellow (45.6%) and less urgent/green (33.4%) and the most visited flowcharts were extremity problems (31.4%) and "adult malaise" (10.1%). The time between recording and classification had an average of 6.2 minutes (IQ: 2.8-13). As for the time between the risk classification and the primary care, the average in minutes was 20.1 (IQ: 9.3-33.7) for emergency/red, 18.5 (IQ: 10.9-33.2) for very urgent/orange, 58.2 (IQ: 30.2-111.2) for urgent/yellow, 92.7 (46.9-177.3) for less urgent/green and 103.4 (IQ: 41.5-209.6) for non-urgent/blue. Prevailed as the outcome hospital

Como citar este artigo:

Silva ADC, Chianca TCM, Pádua DR, Guimarães GL, Manzo BF, Correa AR. Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o Sistema de Triagem de Manchester. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____ _ ____];23:e-1178. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190026

discharge after consultation/medication (61.3%). Conclusion: the reassessment of the flows and processes related to risk classification and initial care is intended to improve the accuracy of the records and the time of primary care, which may contribute to a more qualified and resolute assistance.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Emergency Medical Services; Triage; Patient Admission; Triage; Emergency Nursing; Quality of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la atención de pacientes clasificados por el Sistema de Triage de Manchester (STM) en un gran hospital público. Estudio descriptivo de enfoque cuantitativo que analizó 52.657 procesos de atención de pacientes con clasificación de riesgo en la entrada de urgencias y emergencias en 2015. **Método:** los datos eran recogidos en expedientes electrónicos y sometidos al análisis descriptivo por el programa Statistical Package for Social Sciences, versión 19.0. **Resultados y discusión:** predominio de población de sexo masculino (54,2%), promedio de 33 años de edad (IQ: 19-51). Las franjas de edad más frecuentes eran de adultos jóvenes entre 19 y 29 años (20,7%) y de adultos mayores (16,4%). Los niveles de prioridades clínicas más frecuentes eran urgente/amarillo (45,6%) y poco urgente/verde (33,4%) y los diagramas de flujo con más entradas eran problemas de extremidades (31,4%) y malestar en adultos (10,1%). El tiempo promedio entre el registro y la clasificación era de 6,2 minutos (IQ: 2,8-13). El tiempo promedio entre la clasificación de riesgo y la primera atención era de 20,1 minutos (IQ: 9,3-33,7) para emergencias/rojo, 18,5 (IQ:10,9-33,2) para muy urgente/anaranjado, 58,2 (IQ:30,2-111,2) para urgente/amarillo, 92,7 (46,9-177,3) para poco urgente/verde y 103,4 (IQ:41,5-209,6) para no urgente/azul. El desenlace más frecuente era el alta después de la consulta/medicación (61,3%). **Conclusión:** la reevaluación de flujos y procesos relacionados con la clasificación de riesgo y la atención inicial buscan mejorar la precisión de los registros y del tiempo de la primera atención, lo cual puede contribuir a la atención más calificada y resolutiva.

Palabras clave: Servicio de Urgencia en Hospital; Servicios Médicos de Urgencia; Triage; Admisión del Paciente; Triage; Enfermería de Urgencia; Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório e neoplasias são as duas principais causas de óbito na população brasileira, seguidas pelas causas externas.¹ As complicações tanto dos indivíduos com doenças crônicas quanto daqueles em condições agudas demandam atendimento imediato em unidades de urgência e emergência. O crescimento contínuo desses atendimentos associado às dificuldades de organização da rede de atenção à saúde contribui para a constante superlotação dos serviços de urgência e emergência.²

A superlotação é um problema mundial caracterizado pelo grande número de leitos ocupados, pacientes acomodados em corredores e longo tempo de espera para os atendimentos.³ No Brasil, desde 2004, o Ministério da Saúde tem adotado medidas no sentido de reorganizar o atendimento às urgências e emer-

gências, entre as quais se destaca a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, definido pela Política Nacional de Humanização.⁴ Essa estratégia objetiva gerenciar com segurança o fluxo de pacientes e otimizar o manejo clínico destes, estabelecendo prioridades de atendimento de acordo com as necessidades de saúde dos usuários de forma a não tardar o atendimento aos pacientes que apresentem gravidade ou potencial agravamento no seu estado clínico.⁴⁻⁶

Para a concretização da classificação de risco (CR) é necessário o uso de protocolos que permitam triar e determinar prioridade de atendimento nas portas das unidades de urgência. Após experiências vivenciadas com protocolos adaptados pelos serviços de urgência do estado de Minas Gerais, o Ministério da Saúde indicou o Sistema de Triagem de Manchester (STM) como o protocolo a ser padronizado para a CR.^{5,7}

O STM baseia-se na determinação da prioridade clínica do paciente. Nessa perspectiva, o enfermeiro tem sido o profissional mais recomendado, estando ele respaldado legalmente para fazer a classificação de risco nas portas de entradas das unidades de urgência e emergência, especialmente por conseguir explorar a queixa do paciente sem a presunção diagnóstica médica.^{8,9} Esse protocolo apresenta como vantagens o reconhecimento internacional, êxito na execução em diferentes sistemas de saúde, ser auditável e oferecer um roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão do profissional que o utiliza.⁴

Estudos nacionais que comparam o STM com um protocolo institucional mostraram que ele é mais inclusivo, aumenta o nível de prioridade clínica na ocorrência de divergências entre classificações e é capaz de prever quais pacientes têm mais chances de evolução desfavorável.^{10,11} Contudo, ressalta-se que apenas a implantação do STM não assegura o funcionamento ideal dos serviços de urgência, sendo necessário o acompanhamento de seus resultados para melhorias na gestão desses serviços.¹²

Assim, considerando a grande demanda de atendimentos dos serviços de urgência e emergência e a necessidade de avaliar continuamente os resultados dos atendimentos após a implementação da classificação de risco com o uso do STM, foi proposto este estudo com o intuito de contribuir para a análise dos processos assistenciais dos serviços, no que se refere aos fluxos de atendimento e gerenciamento dos recursos, subsidiando intervenções efetivas na dinâmica da unidade e, consequentemente, melhorando a qualidade da assistência e os desfechos dos atendimentos. Desse modo, o objetivo foi caracterizar os atendimentos a pacientes classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester no pronto-socorro de um hospital público de grande porte.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado com o banco de dados de um hospital público de ensi-

no, de grande porte, localizado no estado de Minas Gerais, Brasil. O hospital é referência no atendimento de urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, traumatologia e cirurgia vascular e realiza a classificação de risco com o uso do STM desde 2008.

A população do estudo foi composta de prontuários eletrônicos, de dados referentes aos atendimentos realizados no pronto-socorro, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2015. Foram incluídos todos os prontuários de pacientes classificados pelo STM à admissão no pronto-socorro. Nesse período foram realizados 60.421 registros de entrada no pronto-socorro. Destes, 7.764 não apresentavam dados referentes à classificação de risco. Assim, a amostra analisada foi de 52.657 prontuários.

As variáveis categóricas analisadas foram: sexo; idade (categorias definidas de acordo com as recomendações do Estatuto da Criança e Adolescente e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde); turno do atendimento (matutino: 6-11:59h; vespertino: 12-17:59h; noturno: 18-23:59h e madrugada: 0-5:59h); dia da semana; fluxograma; nível de prioridade e desfecho (encaminhamento após classificação de risco, alta após consulta/medicação, alta por desistência, evasão, internação, transferência para outra instituição e óbito).

À época da coleta de dados, o STM era composto de 52 fluxogramas de apresentação.⁵ Os níveis de prioridade clínica foram categorizados conforme definição do STM, que considera número, nome, cor e tempo de resposta máximo em minutos, sendo: 1: emergência/vermelho/0min; 2: muito urgente/laranja/10min; 3: urgente/amarelo/60min; 4: pouco urgente/verde/120min; e 5: não urgente/azul/240min.⁵ Considerando os tempos máximos para o primeiro atendimento após a classificação, foi calculado o percentual de atendimentos que estavam adequados ou não, em cada nível de prioridade clínica.

Neste estudo também foram considerados os pacientes classificados na cor branca. Essa prioridade clínica não é contemplada pelo STM, porém foi determinada pela instituição para a identificação dos pacientes admitidos para atendimento ambulatorial eletivo. Dessa forma, para esse grupo não foram consideradas a variável fluxograma e a adequação em percentual do tempo entre classificação e primeiro atendimento, uma vez que não há essa definição.

As variáveis contínuas analisadas foram: tempo entre o registro e a classificação de risco (minutos); e tempo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento (minutos) em cada nível de prioridade clínica. Esses dados foram obtidos no setor de Tecnologia de Informação da instituição, cenário que contava, à época, com dois *softwares* de armazenamento de dados, sendo um de gerenciamento de documentos de prontuários e um para realização da classificação de risco segundo o STM. Com essas informações foi gerado um banco de dados no programa *Microsoft Excel* versão 2010.

Os dados foram submetidos à análise descritiva pelo programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0. Para análise das variáveis contínuas realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade e procedeu-se ao cálculo de média, mediana, desvio-padrão e intervalo interquartil (IQ). Frequências e proporções foram calculadas para as variáveis categóricas.

Este estudo fundamentou-se nas recomendações nacionais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE nº: 58499516.2.0000.5149.

RESULTADOS

Os 52.657 prontuários de pessoas classificadas pelo STM corresponderam a 87,2% do total dos registros de atendimento no pronto-socorro no período estudado. Mais da metade dos pacientes (54,2%) era do sexo masculino. A idade variou de zero a 106 anos, com mediana de 33 anos (IQ: 19-51). A distribuição dos pacientes por faixa etária e nível de prioridade clínica atribuída após a classificação está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos por faixa etária e nível de prioridade clínica após classificação de risco (N=52657) Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015

Variáveis	n	%
Faixa etária		
0-11	7378	14,0
12-18	4869	9,3
19-29	10904	20,7
30-39	8328	15,8
40-49	6788	12,9
50-59	5745	10,9
60 ou mais	8645	16,4
Nível de prioridade clínica		
Vermelho/Emergente	304	0,6
Laranja/Muito Urgente	8102	15,4
Amarelo/Urgente	24025	45,6
Verde/Pouco Urgente	17588	33,4
Azul/Não urgente	759	1,4
Branco	1879	3,6

O nível de prioridade clínica atribuído após a classificação de risco segundo a faixa etária foi obtido (Figura 1). Observa-se que a maioria dos pacientes classificados com nível de prioridade vermelho e laranja é composta de idosos. Em contrapartida, a faixa etária predominante no nível de prioridade verde é composta de pacientes com idade entre 19 e 29 anos.

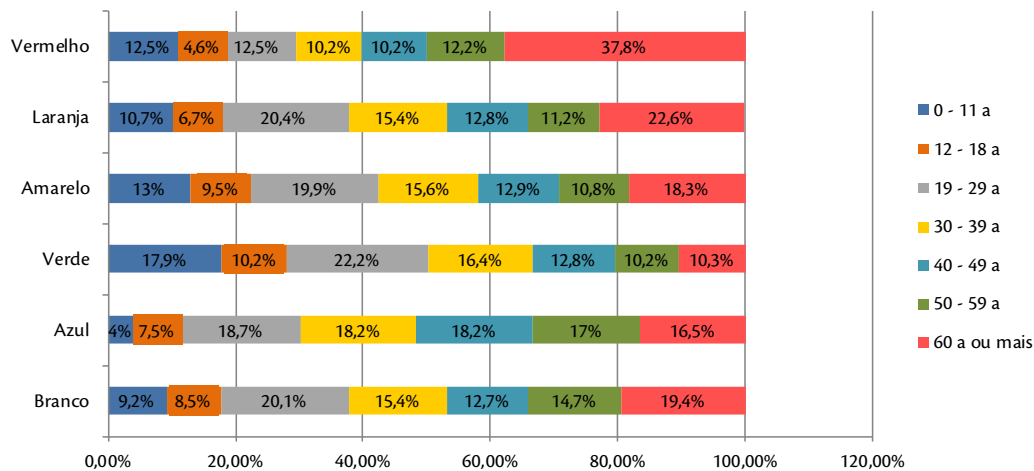


Figura 1 - Distribuição dos pacientes por nível de prioridade clínica após a classificação de risco segundo a faixa etária. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.

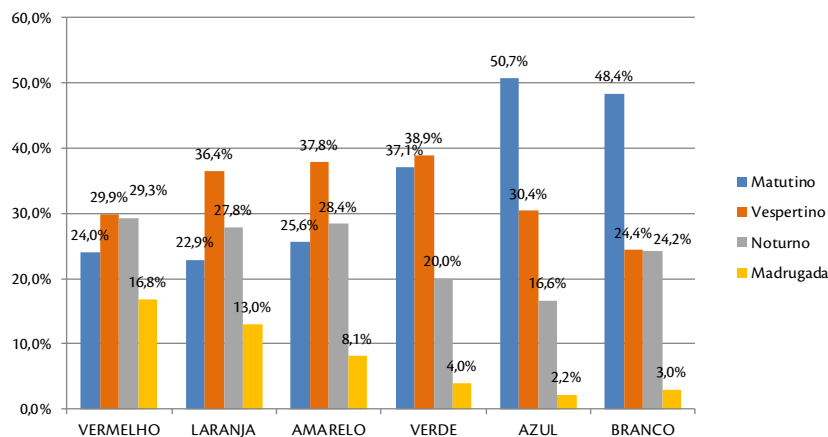


Figura 2 - Distribuição da frequência do nível de prioridade clínica após classificação de risco segundo turno de atendimento. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.

Os dias da semana com mais procura do serviço foram a segunda-feira (15,2%) e a terça-feira (15,1%). Os demais dias apresentaram distribuição homogênea com frequências entre 13,0 e 14,8%.

Quanto ao horário dos atendimentos, predominou o turno vespertino (37,3%), seguido pelo matutino (30,2%), noturno (25,2%) e madrugada (7,3%). Optou-se por analisar a frequência do nível de prioridade clínica após a classificação segundo o turno de atendimento (Figura 2).

O tempo de espera entre o registro do paciente e a classificação de risco variou de -0,95 a 1999,4 minutos, com mediana de 6,2min (IQ:2,8-13). O tempo médio de duração da CR foi de 2,0min (DP: ±1,58) variando de 0,5 a 29,5min. O tempo decorrente entre a classificação de risco e o primeiro atendimento para cada nível de prioridade clínica está apresentado na Tabela 2.

Houve registro do fluxograma de apresentação em 50.365 atendimentos (95,6%). Todos os 52 fluxogramas que

compunham o STM à época foram acessados, sendo os mais frequentes “problemas em extremidades” (31,4%) e “mal-estar em adulto” (10,1%). Optou-se por estratificar os fluxogramas segundo nível de prioridade clínica. Esses dados estão apresentados na Figura 3.

Observa-se o predomínio do fluxograma “problemas em extremidades” nos níveis de prioridade clínica não urgente/azul, pouco urgente/verde e urgente/amarelo. A distribuição dos fluxogramas nos níveis que demandam atendimento prioritário mostra o predomínio dos fluxogramas trauma maior e os relacionados às emergências clínicas: convulsões, diabetes e mal-estar em adulto.

Quanto aos desfechos, houve registro em 49.311 (93,6%) prontuários, sendo o mais frequente a alta após consulta/medicação (61,3%), seguido por internação (17,1%); evasão/desistência (15,0%); encaminhamento após classificação de risco (6,3%); transferência para outra instituição (0,2%); e óbito (0,1%).

Tabela 2 - Tempo do primeiro atendimento após a classificação de risco segundo nível de prioridade clínica. Belo Horizonte, MG, 2015

	Nível de prioridade clínica	n	DP	1º Q	2º Q	3º Q	Tempo máximo preconizado pelo STM	Adequado (%)	Inadequado (%)
Tempo entre classificação e primeiro atendimento (minutos)	Vermelho	297	46,9	9,3	20,1	33,7	0	7,4%	92,6%
	Laranja	7994	44,8	10,9	18,5	33,2	10	21,1%	78,9%
	Amarelo	22286	100,4	30,2	58,5	111,2	60	51,1%	48,9%
	Verde	9954	448,8	46,9	92,7	177,3	120	60,7%	39,3%
	Azul	166	3559,6	41,5	103,4	209,6	240	77,7%	22,3%
	Branco	1623	73,8	21,9	47,4	84,7	-	-	-

Nota: DP – Desvio-padrão; Q – Quartil; STM – Sistema de Triagem de Manchester.

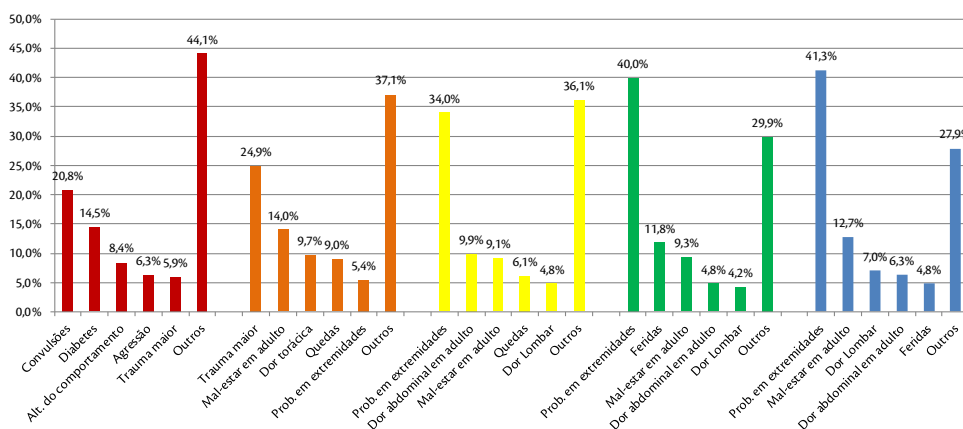


Figura 3 - Distribuição dos cinco fluxogramas mais acessados segundo o nível de prioridade clínica após classificação de risco. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2015. Prob. Problema, Alt. – Alteração.

DISCUSSÃO

Neste estudo, aproximadamente 12% dos pacientes registrados e atendidos na unidade não apresentavam registro referente à classificação de risco e não fizeram parte da população analisada. Essa perda pode ser atribuída ao não funcionamento temporário do *software* utilizado para essa atividade, implicando o uso de impressos preenchidos manualmente. Outro fator que pode estar relacionado ao não registro de dados referentes à classificação de risco é o encaminhamento imediato dos pacientes (nível de prioridade clínica emergente/vermelho) às salas de emergência. Estudo realizado na mesma instituição evidenciou perda de aproximadamente 25% na amostra de prontuários válidos para análise devido à ausência ou ao registro inadequado de dados referentes à classificação de risco.^{13,14} Esse dado demonstra que houve melhora no registro das informações respeitantes à classificação de risco, porém ainda são necessárias ações para redução de tais perdas.

Quanto às características dos pacientes atendidos, mais da metade era do sexo masculino. Pesquisa desenvolvida em um hospital do município de Diamantina (MG) mostrou resultado

semelhante, no qual 58,1% da população eram do sexo masculino.¹² Em relação à idade, observou-se mediana de 33 anos, resultado semelhante ao de outro estudo brasileiro, que constatou média de idade de 32 anos.¹⁵

As faixas etárias mais frequentes foram os adultos jovens e os idosos. Estudo realizado em um hospital de São Paulo obteve resultados semelhantes, sendo mais frequentes indivíduos nas faixas etárias entre 18 e 29 anos seguida pelos pacientes com 70 anos ou mais.¹⁶ Ressalta-se que o STM não considera a idade para a determinação do nível de prioridade clínica de atendimento. Entre os pacientes classificados no mesmo nível de gravidade os idosos devem ser priorizados.¹⁷

Em relação ao nível de prioridade clínica determinado pelo STM, houve predomínio dos níveis urgente/amarelo e pouco urgente/verde. Pesquisa desenvolvida no ano de 2015 em um hospital público de Belo Horizonte apurou resultados similares, evidenciando maior frequência dos níveis de prioridade clínica urgente/amarelo (47,4%), seguido pelo pouco urgente/verde (36,5%).¹⁵ Esses dados indicam que os serviços de urgência e emergência ainda são procurados por representativa parcela da população com demandas clínicas caracterizadas como pouco urgentes, fato que pode ser atribuído a

dificuldades de acesso a serviços da rede de atenção à saúde destinados a esses atendimentos.

Outro ponto observado foi a baixa frequência de pacientes com prioridade clínica emergente/vermelho. Esse resultado pode estar relacionado ao processo de trabalho na instituição cenário, uma vez que, para garantir o atendimento imediato aos pacientes com alta gravidade clínica, estes são encaminhados diretamente às salas de emergência, ocasionando perdas no registro dos dados de classificação de risco.

Ao analisar o nível de prioridade clínica segundo faixa etária, foi observado que os pacientes idosos apresentaram elevado nível de prioridade. Estudo realizado na região Sul do Brasil acusou a tendência da população idosa a apresentar casos potencialmente mais graves devido ao perfil de morbidade associado às doenças crônicas e suas complicações.¹⁸ Outro fator que pode contribuir para tal demanda é a dificuldade de acompanhamento e a baixa adesão da população ao tratamento e controle das doenças crônicas, potencializando suas complicações e aumentando a recorrência nos serviços de urgência e emergência.⁸

Os níveis de prioridade clínica urgente/amarelo, pouco urgente/verde e não urgente/azul foram mais frequentes em pessoas com idade entre 19 e 29 anos. Um dos principais motivos para procura de atendimento em serviços de urgência por pacientes com demandas pouco urgentes está relacionado à organização das unidades básicas de saúde, que muitas vezes têm restrição de horários de funcionamento e dificuldade de agenda disponível. Outro motivo é a percepção, por parte do paciente, de necessitar de atendimento de urgência em unidades com mais disponibilidade de recursos.¹⁹

Os dias da semana com mais demanda de atendimento foram a segunda e terça-feira. Estudo realizado em um hospital referência para trauma no município de Itajubá, Minas Gerais, mostrou resultados diferentes quanto à sazonalidade dos atendimentos, apresentando como dias de mais demanda os sábados e domingos.¹⁹ A prevalência de atendimentos nos dias de semana evidenciada no presente estudo pode estar relacionada ao perfil da população atendida na instituição-cenário, composta, em parte, de pessoas residentes em municípios que possuem fragilidades no atendimento em sua rede de serviços de saúde.

Em relação ao horário dos atendimentos, os turnos com mais movimento foram o vespertino e matutino. Outros estudos mostraram resultados semelhantes, sendo os turnos de mais movimentação o do período da tarde²⁰ e da manhã¹⁸. No grupo dos pacientes sem classificação/branco, a maior concentração de atendimentos foi no período matutino. Esse dado reflete a dinâmica de atendimento dos ambulatórios. A movimentação dos pacientes classificados com a cor branca no período noturno pode estar relacionada ao agendamento de retornos, principalmente de pacientes que necessitam de reavaliação ortopédica.

Observou-se, ainda, que quanto maior a gravidade definida pelas prioridades clínicas, mais frequentes foram os atendimentos durante a noite e madrugada, indicando que, diante dos casos graves, a população tende a procurar atendimento imediato, independentemente do horário de ocorrência. Pesquisa semelhante demonstrou associação entre a gravidade do paciente e horário de atendimento, indicando que os pacientes com condições clínicas mais graves deram entrada nos horários noturnos e durante a madrugada.²¹ Isso mostra a imprevisibilidade de horário da ocorrência de situações de urgência e emergência, fato que implica a importância da disponibilidade contínua de uma equipe multiprofissional capacitada e de recursos diagnósticos e terapêuticos, visando um atendimento de qualidade e resolutivo.²²

No tocante aos tempos de atendimento, a mediana entre o registro e a classificação de risco foi de 6,2 minutos. Estudo conduzido na mesma instituição com dados dos atendimentos no ano de 2014 obteve mediana de 6,36 minutos.¹⁴ Preconiza-se que o tempo entre a chegada do paciente ao serviço e a classificação de risco não exceda 10 minutos, para não causar prejuízo, principalmente aos pacientes classificados com alto nível de gravidade.⁸

Quanto ao tempo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento, a mediana encontrada para as prioridades não urgente/azul, pouco urgente/verde e urgente/amarelo demonstraram valores adequados, considerando o tempo máximo de resposta definido pelo STM. Já nas prioridades muito urgente/laranja e emergente/vermelho, a mediana foi superior ao tempo máximo estimado. Ressalta-se que nessas prioridades clínicas o tempo de espera registrado pode estar superestimado, uma vez que primeiramente é realizado o atendimento e em momento posterior é feito o registro no sistema eletrônico. Investigação dos tempos referentes aos atendimentos do ano de 2014 revelou mediana de 49,13 minutos na prioridade urgente/amarelo e 16 minutos na prioridade muito urgente/laranja. Os tempos das demais prioridades clínicas não foram analisados neste estudo.¹⁴ Esse dado ressalta aumento do tempo de espera entre a classificação de risco e o primeiro atendimento, em 2015, o que indica a necessidade de readequação dos fluxos internos para redução do tempo de espera.

Ao analisar a proporção de adequação dos tempos do primeiro atendimento, observou-se que o tempo preconizado foi ultrapassado na maioria dos atendimentos. Esse resultado reforça a necessidade de revisão e otimização dos processos relacionados ao atendimento desses pacientes, pois os pacientes classificados nas prioridades clínicas emergente e muito urgente têm necessidade imediata de atendimento e os da prioridade urgente apresentam potencial risco de agravamento, caso não sejam atendidos dentro do tempo de resposta máximo estipulado.⁸

Estudo holandês que comparou os tempos de execução da triagem; de espera até o atendimento; tempo de atendimento e tempo de permanência em um hospital de urgência antes e após a implantação do STM indicou que não houve redução no tempo de espera, mas com o uso do protocolo o tempo foi mais bem distribuído conforme o nível de gravidade dos pacientes, o que melhora o atendimento e o torna mais seguro.¹³

Quanto aos fluxogramas acessados, problema em extremidades foi o mais frequente na população estudada e entre os pacientes com níveis de prioridade clínica não urgente /azul, pouco urgente/verde e urgente/amarelo. Esse dado reforça os resultados de estudos realizados em dois hospitais do estado de Minas Gerais, que mostraram alta prevalência do mesmo fluxograma.^{12,14} Um fator que pode ter contribuído para esse resultado é a instituição ser considerada referência regional para o atendimento de demandas de cirurgia vascular, além de apresentar volume expressivo de pacientes atendidos por problemas ortopédicos.

Nas prioridades clínicas muito urgente/laranja e emergente/vermelho, os fluxogramas mais acessados foram, respectivamente, trauma maior e convulsões. O fluxograma mal-estar no adulto aparece como um dos três mais acessados em todas as prioridades de classificação, exceto na emergente/vermelho. Estudos desenvolvidos em Minas Gerais evidenciaram que o fluxograma mal-estar no adulto teve alta prevalência em pacientes classificados em todas as prioridades clínicas.^{23,24} Pesquisa que obteve resultado semelhante destaca a necessidade de avaliar a alta frequência desse fluxograma e se realmente não foi possível determinar uma queixa principal, já que ele está associado à alta mortalidade em todos os níveis de prioridade clínica.²²

Quanto aos desfechos dos atendimentos, mais da metade dos pacientes recebeu alta após consulta/medicação. Investigação realizada no estado de São Paulo mostrou resultado semelhante, em que 94,5% dos pacientes exibiram o mesmo desfecho e, em sua maioria, foram classificados em níveis de prioridade de menor gravidade.²³

A internação foi o segundo desfecho mais frequente. Estudo realizado em um hospital de grande porte, referência para emergências no Sul do Brasil, mostrou resultado similar, em que 23% dos pacientes atendidos foram internados.¹⁸

A proporção de desistência e evasão encontrada no presente trabalho foi três vezes superior ao dado reportado em um estudo nacional que mostrou frequência de evasão/desistência dos pacientes de 4,9%.²⁴ Um motivo que pode estar relacionado à alta frequência de evasão/desistências no presente estudo é a dificuldade da população com demandas pouco urgentes em aguardar a conclusão do atendimento. Salienta-se que tal comportamento pode levar a retornos constantes ao serviço, além do risco de agravamento do estado de saúde desses pacientes.

Quanto ao desfecho óbito, nota-se reduzida proporção comparada ao total de atendimentos realizados. Encontra-se grande

variabilidade na proporção de óbitos descritos na literatura. Estudos realizados no estado de São Paulo²⁵ e na região Sul do país²³ registraram, respectivamente, 1% e 3,9% de óbitos nas populações avaliadas. Essas diferenças podem ser resultado das variabilidades do perfil da população e das instituições cenário de cada estudo.

Embora os resultados evidenciados sejam relevantes, esta pesquisa apresentou como limitações o acesso aos dados somente por meio de registros eletrônicos. A busca de dados posterior à ocorrência dos atendimentos e o acesso apenas às descrições nos prontuários eletrônicos podem ter contribuído para a ausência de informações de variáveis importantes como tempos de atendimento e o fluxograma acessado.

CONCLUSÃO

A partir da análise das características dos atendimentos realizados a pessoas classificadas pelo STM foi possível verificar que mais da metade da população era do sexo masculino e as faixas etárias mais frequentes foram adultos jovens e idosos. Os níveis de prioridades clínicas mais frequentes foram urgente/amarelo e pouco urgente/verde e o fluxograma de apresentação mais acessado foi problema de extremidades. O tempo entre o registro e a classificação e o tempo entre a CR e o primeiro atendimento para as prioridades clínicas não urgente/azul, pouco urgente/verde e urgente/amarelo demonstraram valores adequados, considerando os tempos máximos de resposta definidos pelo STM. Entretanto, nas prioridades clínicas muito urgente/laranja e emergente/vermelho a mediana foi superior ao tempo máximo preconizado. Como desfecho hospitalar, a maioria dos pacientes recebeu alta após consulta/medicação.

Os resultados revelaram que os serviços de urgência ainda são pontos da rede onde há grande demanda de atendimento de usuários que poderiam ser avaliados em outros níveis de atenção. Indicam ainda a necessidade de reavaliação dos fluxos relacionados à classificação de risco e atendimento inicial, com o intuito de melhorar a precisão dos registros e do tempo referente ao primeiro atendimento após a classificação.

É possível que o investimento em capacitação continuada dos profissionais que atuam na classificação de risco e a reorganização dos fluxos internos da instituição cenário do estudo contribuam para a melhoria dos registros e possibilitem avaliações contínuas dos processos assistenciais, garantindo, assim, a otimização dos recursos da instituição e assistência mais qualificada aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE). Indicadores de Mortalidade: número de óbitos por grupo de causas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[citado em 2017 jan. 27]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>

2. Ministério da Saúde (BR). Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013[citado em 2016 out. 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
3. Stang AS, Crofts J, Johnson DW, Hartling L, Guttman A. Crowding measures associated with the quality of emergency department care: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2015[citado em 2016 out. 25]; 22(6):643-56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25996053>
4. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: Uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*. 2012[citado em 2016 out. 22];22(2):188-98. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/101>
5. Ministério da Saúde (BR). Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências [Internet]. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2015[citado em 2017 jan. 31]. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>
6. Azeredo TR, Guedes HM, Rebelo RAA, Chianca TC, Martins JC. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2015[citado em 2016 nov. 07];23(2):47-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25087059>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011[citado em 2016 jun. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 423/2012: Normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco. 2016[citado em 2016 jun. 05]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html
9. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico nº01, de 09 de março de 2016. Dimensionamento da Equipe de Enfermagem e impossibilidade da dispensa de pacientes na Classificação de Risco dos serviços de urgência e emergência. 2016[citado em 2017 nov. 03]. Disponível em: https://sig.corenmg.gov.br/sistemas/file/doc/parecer_cate/2016_6_1.pdf
10. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca MCT. Classificação de risco em Pronto Socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011[citado em 2016 jun. 02];19(1):26-33. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4285/5447>
11. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012[citado em 2016 jun. 02];20(6):1041-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_05.pdf
12. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm*. 2015[citado em 2016 jun. 04];68(1):45-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100045&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
13. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Lammeren NV, Luitse JSK, Goslings JC. Influence of the Manchester Triage System on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J*. 2014[citado em 2016 dez. 08];31(1):13-8. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/31/1/13.full>
14. Chianca TCM, Costa RM, Vidigal MV, Silva LCR, Diniz GA, Araújo JHV, Souza CC. Tempos de espera para atendimento usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. *REME – Rev Min Enferm*. 2016[citado em 2016 nov. 04];20:e988. Disponível em: 10.5935/1415-2762.20160058
15. Gonçalves PC, Pinto DJ, Salgado PO, Chianca TCM. Relação entre estratificação de risco, mortalidade e tempo de permanência em um hospital de urgência. *Invest Educ Enferm*. 2015[citado em 2016 jul. 05]; 33(3): 424-31. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000300005&script=sci_arttext&tling=pt
16. Ribeiro RM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Bertolin DC, Pinto MH, Beccaria LM. Caracterização do perfil de emergências clínicas no pronto atendimento de um hospital de ensino. *REME - Rev Min Enferm*. 2014[citado em 2017 jan. 12];18(3): 533-8. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>
17. Ministério da Saúde (BR). Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Nota técnica classificação de risco paciente idoso. 2016[citado em 2017 jan. 12]. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/visualizar.pdf>
18. Acosta AM, Lima MA. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013[citado em 2017 jan. 12];15(2):564-73. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a31.pdf
19. Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2011[citado em 2017 jan. 14];44(4):347-54. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47446/51174>
20. Silva RMB, Sano RY, Toledo LC, Pereira TMC. Distribuição sazonal espacial e caracterização dos traumas em uma cidade do sul de Minas Gerais. *Rev Cienc Saúde*. 2016[citado em 2017 jan. 24];6(2):1-16. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309003151_Distribuicao_Sazonal_Espacial_e_Caracterizacao_dos_Traumasm_em_uma_Cidade_do_Sul_de_Minas_Gerais_Seasonal_and_Spatial_Distribution_of_Trauma_in_a_Town_in_Southern_Minas_Gerais
21. Diniz AS, Silva AP, Souza CC. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Rev Eletrônica Enferm*. 2014[citado em 2016 dez. 12]; 16(2):312-20. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf>
22. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015[citado em 2017 jan. 24];23(4):587-94. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/105655>
23. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Vieira GJ, Chianca TCM. Classificação de Risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. Referência. 2014[citado em 2017 jan. 25];4(1):37-44. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserl/vn1/serl/vn1a05.pdf>
24. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triagem no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Rev Esc Enferm USP*. 2015[citado em 2017 jan. 27];49(5):783-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0783.pdf
25. Dalbem GG, Unicovsky MAR. A natureza das lesões traumáticas ocasionadas pela violência física em pacientes atendidos em serviço de emergência de um hospital público. *Enferm Foco*. 2012[citado em 2017 jan. 28];2(3):81-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/260/148>