

Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final¹

Helisamara Mota Guedes²
Kesia Meiriele Souza³
Patrícia de Oliveira Lima⁴
José Carlos Amado Martins⁵
Tânia Couto Machado Chianca⁶

Objetivo: relacionar queixas apresentadas pelos pacientes classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester em um pronto-socorro com o desfecho final (alta/óbito/transferência). **Métodos:** estudo de coorte prospectivo, realizado com 509 pacientes que deram entrada no pronto-socorro e que nele permaneceram por mais de 24 horas após a admissão, sendo acompanhados até o desfecho final. Os dados foram digitados e analisados com estatística descritiva e analítica em um pacote estatístico. **Resultados:** entre os pacientes, 59,3% eram do sexo masculino, com idade média de 59,1 anos. As queixas principais eram de mal-estar no adulto (130–22,5%), dispneia em adulto (81–14,0%), dor abdominal em adulto (58–10,0%), alterações de comportamento (34–5,9%), sendo que, desses, 87% recebeu alta. Foram encontrados mais óbitos nos pacientes classificados nas cores mais graves, sendo 42,8% classificados como vermelho, 17,0% laranja e 8,9% como amarelo. Entre os pacientes classificados como verde, 9,6% evoluiu para óbito. **Conclusão:** nas diversas cores do Sistema de Triagem Manchester, o óbito prevaleceu nos pacientes que apresentaram a queixa de mal-estar no adulto, dispneia, sofreram trauma craniano, trauma maior, diarreia e vômito. Quanto maior a prioridade clínica maior a prevalência de óbito.

Descritores: Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Triagem; Evolução Clínica.

¹ Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, processo nº APQ-01153-12 e APQ-02677-12.

² Doutoranda, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Professor Assistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil.

³ Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

⁴ Especialista, Enfermeira, Hospital Nossa Senhora da Saúde, Diamantina, MG, Brasil.

⁵ PhD, Professor Associado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁶ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

No Brasil, o atendimento ao paciente acontece em redes que estão interligadas. Essas redes estão em processo de construção e têm o intuito de garantir a integralidade do atendimento de forma resolutiva⁽¹⁾.

Entretanto, o aumento das demandas nos tradicionais prontos-socorros tem causado superlotação e dificuldade no atendimento. Essa crescente procura está diretamente relacionada ao aumento da violência urbana, números de acidentes e atenção básica que não consegue absorver toda a demanda⁽²⁾. Somado a isso, muitos atendimentos são oriundos de doenças de baixa complexidade que poderiam ser resolvidos se existisse uma rede básica estruturada ou serviços de urgência de menor complexidade⁽¹⁾.

Com o intuito de reorganizar os serviços de urgência, foi implantada a triagem. O termo triagem tem origem na língua francesa e a palavra provém de *trier* que significa escolher ou selecionar⁽³⁾.

A triagem não é um ponto final, mas o início de um processo de exame e discriminação clínica⁽³⁾. Deve ser eficiente e realizada por profissionais experientes, colocando o doente no local certo para receber cuidados adequados.

Em Minas Gerais, como parte da política de saúde do Estado, o governo implantou o Sistema de Triagem Manchester (STM), como instrumento norteador para a triagem de pacientes em serviços de atendimento à urgência. O enfermeiro identifica a queixa principal e então é selecionado um fluxograma específico, orientado por discriminadores apresentados na forma de perguntas. O STM é um processo dinâmico onde estão incluídos os níveis de prioridade, cor a ser atribuída e a previsão de tempo de espera para o atendimento médico. Possui 52 diferentes fluxogramas e uma escala de risco que, dependendo dos sinais e sintomas, classifica os pacientes em: vermelho (atendimento emergente), laranja (atendimento muito urgente), amarelo (atendimento urgente), verde (atendimento pouco urgente) e azul (atendimento não urgente) em um tempo que varia entre 0 e 240 minutos⁽⁴⁻⁵⁾.

A partir do STM não se prevê a formulação de diagnóstico médico, mas, sim, que contemple uma avaliação com critérios de gravidade do paciente de forma objetiva e sistematizada, na qual a queixa principal seja priorizada⁽⁶⁾. A enfermagem tem se inserido nesse

contexto, pois, dentre os diferentes profissionais de saúde, o enfermeiro tem sido o profissional mais indicado para classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência⁽⁷⁾. Essa atribuição exige experiência profissional e formação específica. Nesse sentido, o enfermeiro deve demonstrar agilidade, habilidade, capacidade de estabelecimento de prioridades e agir de forma consciente e segura⁽⁸⁾.

Em estudos realizados com o STM, concluiu-se que o sistema é mais inclusivo⁽⁷⁾ e capaz de distinguir prioridades clínicas^(4,9). O STM destaca-se por ser uma ferramenta essencial na definição da priorização do atendimento, colaborando para a minimização de riscos decorrentes de atendimentos que, anteriormente, eram organizados de acordo com a ordem de chegada ao serviço⁽⁷⁾. Dessa forma, este estudo foi direcionado para responder à seguinte questão: qual a relação da queixa recebida pelo usuário na classificação de risco e o desfecho clínico final?

Portanto, neste estudo, o objetivo foi relacionar as queixas apresentadas pelos pacientes classificados pelo STM em um Pronto-Socorro (PS) com o desfecho final (alta/óbito/transferência).

Métodos

Trata-se de estudo de coorte prospectivo, realizado no PS da Santa Casa de Caridade de Diamantina, MG, que é uma das principais instituições de saúde da Região do Vale do Jequitinhonha, sendo referência para a região ampliada de saúde em assistência médico-hospitalar em média e alta complexidade, atendendo a sede, seus distritos e mais de 35 municípios do Vale do Jequitinhonha.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob Protocolo CAAE - 0430.0.203.000-11.

A população estudada foi composta por todos os pacientes que deram entrada no PS de Diamantina e permaneceram internados por mais de 24 horas.

Para o cálculo amostral, utilizou-se um grau de confiança de 95%, erro máximo permitido de 5% e uma proporção de interesse de 47%, chegando a uma amostra de 370 pacientes. Foram acrescentados 20% a esse valor, totalizando 444 pessoas como mínimo para a composição da amostra.

Foram incluídos no estudo os pacientes que apresentavam fichas de atendimentos nas quais

constassem a identificação do profissional enfermeiro (profissional responsável pela classificação de risco no local do estudo) que realizou o atendimento, a descrição da avaliação realizada e o nível de classificação de risco atribuído.

Foram excluídos os pacientes transferidos para outro hospital, os que tiveram alta ou faleceram antes das 24 horas da coleta de dados e os menores de 18 anos.

A coleta de dados foi realizada em 4 meses consecutivos, entre maio e setembro de 2012. Todos os pacientes que deram entrada no PS e permaneceram por mais de 24 horas internados foram incluídos, totalizando uma amostra de 509 pacientes. Não houve perda, tendo em vista que a coleta de dados aconteceu durante todos os dias da semana, incluindo os finais de semana.

Os dados foram coletados da ficha manual de classificação de risco do PS e os desfechos clínicos (alta, transferência e óbito) do Sistema de Gestão Hospitalar, o SPDATA. Os dados foram digitados e submetidos a uma análise estatística descritiva, através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Os pacientes foram categorizados em desfecho alta/transferência e óbito. Para o grupo de cores do STM *versus* desfecho foi utilizado o teste de qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

Resultados

Da coorte de 509 pacientes analisados, 59,3% era do sexo masculino, com idade média de 59,1 anos. Além disso, eles permaneceram internados, em média, 7,6 dias nas diversas clínicas do hospital.

Neste estudo, 29 (55,7%) fluxogramas que compõem o STM foram utilizados na classificação dos pacientes. As queixas principais foram mal-estar no adulto (130-25,5%), dispneia em adulto (81-15,9%), dor abdominal em adulto (58-11,4%), alterações de comportamento (34-6,7%).

O STM traz a queixa dor em 8 (15,4%) dos seus 52 fluxogramas. Foram encontrados pacientes que queixaram de dor em 7 fluxogramas, sendo: dor abdominal em adulto, dor cervical, dor de garganta, dor lombar, dor testicular, dor torácica e cefaleia (dor de cabeça). Essas queixas de dor representaram 22,8% das queixas apresentadas pelos pacientes.

As queixas apresentadas pelos pacientes classificados na cor vermelha estão descritas na Tabela 1.

Os discriminadores utilizados para direcionar esses fluxogramas foram: respiração inadequada (9-42,8%), choque (6-28,6%), obstrução de vias aéreas (2-9,5%), estar convulsionando (2-9,5%), hipoglicemia (1-4,8%) e hiperglicemia (1-4,8%).

As queixas apresentadas pelos pacientes classificados na cor laranja estão descritas na Tabela 2.

Observa-se que 17,4% dos fluxogramas da cor laranja está relacionado à dor. Os principais discriminadores que fundamentaram a escolha desses fluxogramas foram: saturação de O₂ muito baixa (32-20,6%), mecanismo de trauma significativo (24-15,1%), déficit neurológico agudo (28-17,7%), dor intensa (17-10,9%), dor precordial (9-5,8%) e alteração súbita de consciência (10-6,3%). Destacou-se o fluxograma dispneia como a principal queixa desse grupo.

Os pacientes classificados na cor amarela apresentaram como queixas aquelas descritas na Tabela 3.

A dor esteve presente em 27,8% das queixas dos pacientes classificados como amarelo. Fundamentaram a escolha os principais discriminadores: dor moderada (94-35,2%), déficit neurológico novo (59-22,0%), saturação O₂ baixa (41-15,4%), início súbito (22-8,2%) e história de convulsão (7-2,6%).

As queixas apresentadas pelos pacientes classificados na cor verde estão descritas na Tabela 4.

Os pacientes classificados como verde, ou seja, pouco urgentes, apresentaram como queixa principal o mal-estar no adulto (33,9%), dor (19,3%) e problemas em extremidades (14,5%). Os principais discriminadores foram dor leve recente (12-36,6%), evento recente (32-51,6%) e edema (5-8,1%).

Apenas um (0,17%) paciente foi classificado na cor azul e apresentou o fluxograma mal-estar no adulto.

Entre os pacientes atendidos no referido hospital, 443 (87,0%) obtiveram alta hospitalar ou foram transferidos. Dos 66 (13,0%) dos óbitos, foram encontrados, proporcionalmente, mais óbitos nos pacientes classificados nas cores mais graves: 9 (42,8%) classificados como vermelho, 27 (17,0%) laranja e 24 (8,9%) como amarelo. Entre os pacientes classificados como verdes, 6 (9,6%) evoluíram para óbito. Foi encontrada uma diferença estatística entre o desfecho clínico e os grupos de classificação de risco, conforme mostrado na Tabela 5.

Tabela 1 – Queixas apresentadas pelos pacientes classificados na cor vermelha pelo STM, segundo desfecho clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Fluxograma	Alta/transferência		Óbito		Frequência	
	n	%	n	%	n	%
Mal-estar no adulto	3	14,3	2	9,5	5	23,8
Convulsões	3	14,3	0	0,0	3	14,3
Alteração de comportamento	1	4,8	1	4,8	2	9,5
Diabetes	2	9,5	0	0,0	2	9,5
Dispneia em adulto	0	0,0	2	9,5	2	9,5
Trauma craniano	0	0,0	2	9,5	2	9,5
Trauma maior	2	9,5	0	0,0	2	9,5
Cefaleia	0	0,0	1	4,8	1	4,8
Dor abdominal em adulto	0	0,0	1	4,8	1	4,8
Trauma toracoabdominal	1	4,8	0	0,0	1	4,8
Total	12	57,2	9	42,9	21	100

Tabela 2 – Queixas apresentadas pelos pacientes classificados na cor laranja pelo STM, segundo desfecho clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Fluxograma	Alta/transferência		Óbito		Frequência	
	n	%	n	%	n	%
Dispneia em adulto	28	18,0	5	3,2	33	21,3
Mal-estar no adulto	21	13,5	9	5,8	30	19,3
Trauma craniano	3	2,0	17	11,0	20	12,9
Dor torácica	6	4,0	5	3,2	11	7,1
Alteração de comportamento	7	4,5	3	2,0	10	6,5
Trauma maior	2	1,3	8	5,1	10	6,5
Dor abdominal em adulto	5	3,2	4	2,6	9	5,8
Hemorragia digestiva	3	2,0	4	2,6	7	4,5
Problemas de extremidade	4	2,6	2	1,3	6	4,0
Diarreia e vômito	1	0,6	3	2,0	4	2,6
Dor lombar	1	0,6	3	2,0	4	2,6
Convulsões	2	1,3	0	0,0	2	1,3
Trauma toracoabdominal	0	0,0	2	1,3	2	1,3
Cefaleia	0	0,0	2	1,3	2	1,3
Diabetes	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Asma	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Dor cervical	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Problemas urinários	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Quedas	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Total	86	55,4	69	44,6	155	100

Nota: três pacientes apresentaram registro de fluxograma em branco

Tabela 3 – Queixas apresentadas pelos pacientes classificados na cor amarela pelo STM, segundo desfecho clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Fluxograma	Alta/transferência		Óbito		Frequência	
	n	%	n	%	n	%
Mal-estar no adulto	63	23,7	10	3,7	73	27,4
Dispneia em adulto	40	15,0	3	1,1	43	16,1
Dor abdominal em adulto	36	13,5	4	1,5	40	15,0
Alteração de comportamento	18	6,7	4	1,5	22	8,3
Dor torácica	15	5,6	1	0,4	16	6,0
Dor lombar	11	4,1	0	0,0	11	4,1
Problemas de extremidade	11	4,1	0	0,0	11	4,1

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Fluxograma	Alta/transferência		Óbito		Frequência	
	n	%	n	%	n	%
Diarreia e vômito	7	2,6	1	0,4	8	3,0
Convulsões	7	2,6	0	0,0	7	2,6
Trauma craniano	6	2,2	0	0,0	6	2,2
Diabetes	5	1,9	0	0,0	5	1,9
Quedas	4	1,5	0	0,0	4	1,5
Dor cervical	3	1,1	0	0,0	3	1,1
Feridas	2	0,8	1	0,4	3	1,1
Cefaleia	2	0,8	0	0,0	2	0,8
Corpo estranho	2	0,8	0	0,0	2	0,8
Problemas em olhos	2	0,8	0	0,0	2	0,8
Dor de garganta	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Dor testicular	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Erupção cutânea	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Mordeduras e picadas	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Problemas urinários	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Overdose e envenenamento	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Sangramento vaginal	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Trauma toracoabdominal	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Total	242	91,0	24	9,0	266	100

Nota: um paciente apresentava registro de fluxograma em branco

Tabela 4 – Principais queixas apresentadas pelos pacientes classificados na cor verde pelo STM, segundo desfecho clínico. Diamantina, MG, Brasil, 2012

Fluxograma	Alta/transferência		Óbito		Frequência	
	n	%	n	%	n	%
Mal-estar no adulto	16	25,8	5	8,1	21	33,9
Problemas de extremidade	9	14,5	0	0	9	14,5
Dor abdominal em adulto	8	12,9	0	0	8	12,9
Diarreia e vômito	4	6,5	1	1,6	5	8,1
Dispneia em adulto	3	4,9	0	0	3	4,9
Feridas	3	4,9	0	0	3	4,9
Dor torácica	2	3,2	0	0	2	3,2
Problemas urinários	2	3,2	0	0	2	3,2
Quedas	2	3,2	0	0	2	3,2
Cefaleia	1	1,6	0	0	1	1,6
Trauma craniano	1	1,6	0	0	1	1,6
Mordeduras e picadas	1	1,6	0	0	1	1,6
Dor cervical	1	1,6	0	0	1	1,6
Dor lombar	1	1,6	0	0	1	1,6
Erupção cutânea	1	1,6	0	0	1	1,6
Problemas em face	1	1,6	0	0	1	1,6
Total	56	90,3	6	9,7	62	100

Nota: uma pessoa estava com o fluxograma em branco

Tabela 5 - Distribuição dos desfechos clínicos entre os grupos de classificação de risco. Diamantina, MG, 2012

Grupos da classificação	Alta/transferência		Óbito		Total		Valor de p*
	n	%	n	%	N	%	
Vermelha	12	2,4	9	1,8	21	4,1	<0,001
Laranja	131	25,7	27	5,3	158	31,0	
Amarela	243	47,7	24	4,7	267	52,5	
Verde/azul†	57	11,2	6	1,2	63	12,4	
Todos os pacientes	443	87,0	66	13,0	509	100	

*p calculado através do teste qui-quadrado, significativo se $p \leq 0,05$.

†A cor azul foi agrupada com a cor verde por só ter uma pessoa que recebeu alta.

Discussão

Neste estudo, 59,3% dos pacientes atendidos no PS eram do sexo masculino, com idade média de 59,1 anos, dados equivalentes ao encontrado em outro estudo⁽⁴⁾. A média de internação de 7,6 dias está abaixo da encontrada no mesmo estudo que identificou 9,6 dias de internação⁽⁴⁾.

Foram utilizados 10 fluxogramas para a classificação de pacientes na cor vermelha. O desfecho óbito predominou nos pacientes classificados com mal-estar no adulto (9,5%), dispneia (9,5%) e trauma craniano (9,5%).

A queixa mal-estar no adulto teve alta prevalência em pacientes classificados em todas as cores. Esse é um fluxograma inespecífico, usado para pacientes que não se sentem bem, sem queixa específica. Porém, fica o questionamento se, de fato, não foi possível identificar a queixa principal. Observa-se, na prática clínica, certa comodidade do profissional ao utilizar esse fluxograma, uma vez que ele possui ampla aplicabilidade. A preocupação com essa queixa se justifica pelo fato de que, em todas as cores da classificação, a queixa mal-estar no adulto foi uma das principais causas de óbito.

O fluxograma dispneia também teve alta prevalência em pacientes classificados nas cores laranja (21,3%) e amarela (16,1%). A alta porcentagem de pacientes com essa queixa pode estar relacionada ao predomínio de idosos no estudo, somado a isso, o município não possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o que faz com que a demanda não absorvida pelas unidades de saúde seja drenada para o PS. Essa queixa esteve muito relacionada à mortalidade de pacientes classificados nas cores vermelha, laranja e amarela.

Em indivíduos classificados na cor laranja, os óbitos predominaram quando as queixas foram: trauma craniano (11,0%), trauma maior (5,1%), mal-estar no adulto (5,8%) e dispneia no adulto (3,2%). Estudos realizados no Centro de Pesquisa e Departamento de Cirurgia da Universidade de Washington, EUA, mostraram que, nos últimos 14 anos, o número de mortes no ambiente inter-hospitalar, durante a internação por trauma craniano, melhorou, mas ainda é grande o número de mortes por essa causa, necessitando que estratégias sejam usadas para aumentar a sobrevivência, como o emprego de altas tecnologias e intervenções rápidas e de qualidade⁽¹⁰⁾.

A maioria das queixas dos pacientes classificados na cor amarela (266-28,2%) esteve relacionada à dor. Outro estudo⁽⁷⁾ encontrou cefaleia (14,5%) como a principal queixa de indivíduos classificados nessa cor,

seguida de dor torácica (11,6%), indisposição no adulto (10,1%) e dor de garganta (7,2%).

A dor em diversas partes do corpo esteve presente em 22,8% das queixas dos pacientes classificados nas cores vermelha, laranja, amarela e verde. E 25,2% das queixas identificadas nos pacientes em um PS estavam relacionadas à dor⁽⁴⁾. Corroboram o achado de que a dor é a principal queixa dos pacientes atendidos em PS aqueles dados encontrados em estudos nacionais e internacionais^(7,11). Segundo estudo realizado na Espanha, a avaliação da dor é pouco frequente devido à educação insuficiente dos usuários e à falta de clareza nas orientações de uso do STM⁽¹¹⁾.

A avaliação da dor na urgência é tarefa difícil, já que os pacientes se sentem pressionados a valorizar a dor que estão sentindo para justificar a procura pelo serviço. Por outro lado, pode ocorrer que algumas pessoas e crianças neguem a dor para evitar tratamentos ou internação hospitalar. Devido à sua importância, a dor não deve ser considerada pelo profissional da classificação de risco apenas em seus aspectos subjetivos. No entanto, para os profissionais da saúde, a avaliação criteriosa da dor se torna extremamente necessária, uma vez que está presente na grande maioria dos atendimentos. Em vista disso, alguns serviços de urgência estão utilizando um instrumento formal para a avaliação da dor, como as escalas visuais analógicas. Diante disso, compete aos profissionais de saúde que realizam a classificação de risco, assim como a toda a equipe, o aperfeiçoamento de habilidades técnicas e conhecimentos para avaliação e tratamento da dor⁽⁷⁾.

Quanto ao desfecho clínico, a queixa que mais levou a óbito de pacientes classificados na cor amarela foi mal-estar no adulto (3,7%). Entre os pacientes, 242 (91%) tiveram alta/transferência hospitalar e 24 (9%) evoluíram para óbito, corroborando outro estudo⁽⁴⁾ que encontrou 90 (90,9%) pacientes classificados na cor amarela que receberam alta ou foram transferidos e 9 (9,1%) que evoluíram, durante a internação, para óbito.

Os pacientes classificados como verde, ou seja, pouco urgente, apresentaram como queixa principal o mal-estar no adulto (33,9%), dor (19,3%), problemas em extremidades (14,5%). Neste estudo, foram encontrados 62 (10,7%) pacientes classificados como verde que, após 24 horas, estavam internados e tiveram como desfecho em 56 (90,3%) a alta e 6 (9,7%) o óbito. Essa porcentagem nos pacientes menos graves pode estar relacionada ao fato de eles terem apresentado seu quadro clínico complicado durante as 24 horas de internação, ou ao fato de que a classificação realizada

pelo enfermeiro ter sido inadequada, configurando um erro humano. O óbito esteve relacionado ao mal-estar no adulto (8,1%), diarreia e vômitos (1,6%).

Em um estudo nacional, 55,6% dos atendimentos realizados em um PS eram de pacientes em situação clínica de menor gravidade e que foram classificados como verde e azul⁽⁷⁾. A prevalência de pessoas que procuram o PS apresentando queixas de baixa prioridade clínica também foi descrita em estudos nacionais e internacionais^(7,12-13).

Os pacientes triados nas categorias de menor gravidade apresentaram alta prevalência da queixa referente a problemas em extremidades (14,5%). Confirma essa afirmativa o estudo realizado com pacientes de baixa gravidade⁽¹⁴⁾. Os autores encontraram que 77,1% das queixas dos pacientes se referiam a problemas de extremidades. Desses, 69,6% foi devido à fratura.

Dos atendimentos de pacientes, com menor gravidade, 80% pode ser atendido por um médico clínico da rede, uma vez que um, em cada 15 pacientes de baixa gravidade, é encaminhado do médico clínico para um PS, por necessidade de recursos tecnológicos⁽¹⁴⁾. Os autores concluíram que pacientes apresentando baixa urgência podem ser tratados de forma eficiente e segura por médicos clínicos que atendem na rede de saúde da atenção básica.

Neste estudo, foi encontrada diferença significativa entre o STM e o desfecho clínico ($p < 0,001$). Foi possível observar que pacientes classificados em categorias de maior gravidade morreram mais do que as demais categorias. Estudos mostraram que a morte está associada às categorias de urgência do STM^(5,12) e que o risco de morte em pacientes 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)⁽⁵⁾.

Um fator limitador do estudo foi a seleção de uma amostra de pacientes que permaneceram internados por mais de 24 horas no serviço de urgência. Isso pode ter influenciado os dados, já que pacientes muito graves podem ter ido a óbito dentro das 24 horas, assim como pacientes menos graves que receberam alta.

Conclusão

No presente estudo encontrou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (59,3%), com média de idade de 59,1 anos, apresentando queixa de mal-estar no adulto (22,5%) e dor (22,8%). A experiência e os dados do presente estudo têm mostrado que as queixas

de mal-estar no adulto e dor são as mais frequentes entre os pacientes que procuram os serviços de urgência, e tanto a avaliação acurada da dor como uma maior discriminação da queixa de mal-estar continuam sendo problemas na prática em serviços de urgência.

Observou-se que quanto maior a prioridade clínica do paciente maior a taxa de óbitos. Os óbitos estiveram presentes em 45,8% na cor vermelha, 16,4% na cor laranja, 8,6% amarelo e 9,2% verde. Esses pacientes apresentaram queixas como mal-estar no adulto, dispnéia, trauma craniano, trauma maior, diarreia e vômito.

Com os dados deste estudo é possível que, no nível terciário, possam ser otimizados recursos humanos e materiais para atender com eficácia as queixas dos pacientes que mais levam à morte, com o intuito de oferecer atendimento de qualidade e com sobrevida. O estudo também permitiu conhecer as queixas das pessoas que procuram por atendimento no PS. Os níveis de atenção à saúde podem ser organizados a partir do grau de gravidade das queixas, de forma a melhor atender a demanda que compete a cada nível. Sugere-se que outros estudos possam demonstrar estratégias práticas resolutivas para as queixas listadas nesta pesquisa.

Referências

1. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):500-6.
2. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KC. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Re Eletrôn Enferm*. [Internet]. 2011 [acesso 15 julho 2014];13(4):597-603. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf
3. Soler W, Gómez MM, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(supl.1):55-68.
4. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(6):1041-7.
5. Santos AP, Freitas P, Martins HMG. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J*. 2014;31(2):148-52.

6. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt Int.* 2010;107(50):892-8.
7. Souza CC, Chianca LM, Diniz AS, Chianca TCM. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester. *Rev Enferm UFPE on line.*[Internet]. 2012 [acesso 13 julho 2014];6(3):540-8. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2207/pdf_1013
8. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev. bras. enferm.* 2013;66(1):31-7.
9. Fitz Gerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J.* 2010;27(2):86-92.
10. Davidson GH, Hamlat CA, Rivara FP, Koepsell TD, Jurkovich GJ, Arbabi S. Long-term survival of adult trauma patients. *JAMA.* 2011;305(10):1001-7.
11. Martín-Sánchez FJ, Alonso CF, Castillo J Gonzalez-Del, Gonzalez-Armengol JJ. Pain assessment using the Manchester triage system in a Spanish emergency department. *Emerg Med J.* 2012;29(5):427.
12. Martins HM, Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (STM) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J.* 2009;26(3):183-6.
13. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Van Lammeren N, Luitse JS, 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;31(1):13-8.
14. Van Der Straten LM, Van Stel H, Spee FJM, Vreebur GME, Schrijvers AJP, Sturms LM. Safety and efficiency of triaging low urgent self-referred patients to a general practitioner at an acute care post: an observational study. *Emerg Med J.* 2012;29(11):877-81.