



Fatores determinantes de prioridade de atendimento na classificação de risco a pacientes com dor torácica

Determining factors of service priority in the risk classification of patients with chest pain

Factores determinantes de la prioridad de servicios en la clasificación de riesgo de pacientes con dolor torácico

Amanda Vitoria Zorzi Segalla^a 

Bruna Pegorer Santos^a 

Denise dos Reis^a 

Silmara Meneguim^a 

Como citar este artigo:

Segalla AVZ, Santos BP, Reis D, Meneguim S. Fatores determinantes de prioridade de atendimento na classificação de risco a pacientes com dor torácica. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20220100. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220100.pt>

RESUMO

Objetivo: Verificar os fatores determinantes de alta prioridade na classificação de risco e os desfechos deste atendimento realizado a pacientes adultos com dor torácica.

Método: Estudo retrospectivo, realizado em pronto-socorro referenciado, de hospital público do interior de São Paulo, analisando-se os registros dos atendimentos realizados na classificação de risco em 181 prontuários de pacientes com o sintoma dor torácica, no período de agosto a novembro de 2020.

Resultados: Prevaleram indivíduos do sexo masculino 98 (54,1%), com dor moderada 133 (73,5%), alta prioridade de atendimento 135 (74,5%), e que procuraram o serviço espontaneamente 139 (76,8%). Dos classificados em alta prioridade, 47 (34,8%) foram encaminhados para sala de emergência, e destes 27 (17,0%) permaneceram internados. Sexo feminino ($p=0,0198$; $OR=0,40$; $IC=0,189-0,866$) associou-se ao atendimento prioritário.

Conclusão: Apesar da classificação prioritária, poucos participantes foram encaminhados à sala de emergência e evoluíram com necessidade de internação hospitalar. Sexo feminino foi fator protetor para classificação em alta prioridade de atendimento.

Descritores: Triagem. Dor no peito. Cuidados de enfermagem. Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

Objective: To verify the determining factors of high priority in the risk classification and the outcomes of the care provided to adult patients with chest pain.

Method: Retrospective study, conducted at an emergency referral service of a public hospital in the interior of São Paulo State, analyzing the records of care performed in the risk classification in 181 medical records of patients with the symptom of chest pain, between August and November 2020.

Results: Individuals were most males 98 (54.1%), with moderate pain 133 (73.5), high priority for care 135 (74.5%) and who sought the service spontaneously 139 (76.8%). Of those classified as high priority, 47 (34.8%) were referred to the emergency room and, of these, 27 (17.0%) remained hospitalized. Female gender ($p=0.0198$; $OR=0.40$; $CI=0.189-0.866$) was independently associated with high priority of care.

Conclusion: Despite the priority classification, few participants were referred to the emergency room and required hospitalization. Female gender was a protective factor in the risk classification as high priority.

Descriptors: Triage. Chest pain. Nursing care. Emergency medical services.

RESUMEN

Objetivo: Verificar los factores determinantes de prioridad en la clasificación de riesgo y los resultados de las atenciones realizadas a pacientes adultos con dolor torácico.

Método: Estudio retrospectivo realizado en urgencias referidas, del hospital público del interior de São Paulo, analizando los registros de las atenciones realizadas en la clasificación de riesgo en 181 prontuarios de pacientes con el síntoma dolor torácico, en el período de agosto a noviembre de 2020.

Resultados: Los principales hallazgos del estudio deben presentarse de manera concisa y clara, sin excesivos detalles. Los resultados deben estar alineados con la sección de resultados del artículo completo, proporcionando información más detallada sobre los análisis estadísticos realizados y los principales resultados encontrados.

Conclusión: A pesar de la clasificación prioritaria, pocos participantes fueron remitidos a la sala de emergencias y evolucionaron con necesidad de ingreso hospitalario. El sexo femenino fue un factor protector en la clasificación de riesgo como alta prioridad.

Descritores: Triaje. Dolor en el pecho. Atención de enfermería. Servicios médicos de urgencia.

^a Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem. Botucatu, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A dor torácica é a segunda queixa mais prevalente em pacientes que procuram os serviços de emergência no mundo⁽¹⁾. De caráter subjetivo, pode ser descrita com diferentes intensidades e manifestações, e muitas vezes apresenta-se como dor ou desconforto intenso, principalmente nas regiões precordial e retroesternal, com irradiação pelos membros superiores, acompanhada ou não de sudorese, dispnéia e náusea⁽²⁾.

Esse sintoma, que pode ser de origem cardíaca e não cardíaca, requer diagnóstico correto e tratamento adequado, haja vista que 20% destes atendimentos estão relacionados à síndrome coronariana aguda (SCA)^(3,4), que sem supra-desnivelamento do seguimento ST (SCA-sST) é composta pela angina instável e pelo infarto agudo do miocárdio sem supra-desnivelamento do seguimento ST. O infarto agudo do miocárdio (IAM) representa a evolução de uma isquemia miocárdica e a principal causa de incapacidades e morte no mundo⁽⁵⁾. Em 2020, foram estimados 25 milhões de óbitos no mundo, sendo 19 milhões em países em desenvolvimento⁽⁶⁾.

A instabilidade elétrica que acomete o coração, após o IAM, favorece a ocorrência de arritmias ventriculares potencialmente malignas e predispõe os sobreviventes ao risco de morte súbita, exigindo intervenção nos primeiros dez minutos do atendimento do paciente nos serviços de emergência⁽⁷⁾.

Portanto, considera-se o tempo para atendimento fator primordial para maior sobrevida e eficácia no tratamento a essas doenças, sendo necessária a realização de um atendimento inicial adequado frente às queixas apresentadas, para se obter um direcionamento rápido seguido de soluções cabíveis diante do caso⁽⁶⁾.

Na tentativa de reorganizar e humanizar o atendimento de urgência no país, em 2004, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como estratégia de reorganização do fluxo dos atendimentos nos serviços de emergência, por meio da priorização dos casos com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento apresentado pelo paciente⁽⁸⁾.

A classificação de risco fundamenta-se em reconhecidos protocolos de triagem, como o Sistema de Triagem de Manchester (STM), estruturado em fluxogramas de sintomas e discriminadores, que permitem adaptações para melhor atender às necessidades locais, desde que suas diretrizes sejam mantidas⁽⁸⁾.

Os fluxogramas são representativos da queixa principal do paciente, que com base em sinais e sintomas, levam à categorização da prioridade clínica para o seu atendimento com indicadores do nível de gravidade, representados por cores: Vermelho (emergência), atendimento imediato via sala de emergência; Laranja (muito urgente, tempo 10

minutos); Amarelo (urgente, tempo até 50 minutos), atendimento de caráter urgente e o mais rápido possível; Verde (pouco urgente, tempo até 120 minutos), podem aguardar atendimento ou ser encaminhado a outro serviço de menor complexidade; Azul (não urgente, até 240 minutos). Atendimentos de baixa complexidade e urgência também podem aguardar atendimento ou ser encaminhados a outro serviço de saúde⁽⁹⁾.

Sabe-se que há diferentes protocolos de classificação e alguns permitem mais subjetividade na avaliação que outros, mesmo que os avaliadores sigam os mesmos parâmetros de avaliação para estabelecer a gravidade e prioridade do atendimento^(10,11).

Destaca-se, neste processo, a participação do Enfermeiro como ator principal deste modelo assistencial, visto que está habituado ao cuidado integral e humanizado ao paciente, aumentando a efetividade dos atendimentos. Neste cenário, partindo da seleção do fluxograma "Dor Torácica" uma série de perguntas permite ao enfermeiro diferenciar o tipo de dor, para resultar no discriminador correto na classificação de risco^(12,13).

A dor torácica é um sintoma indicativo de alta prioridade no atendimento, pois está associada a uma condição clínica grave e aos impactos das doenças cardiovasculares na população mundial. Estima-se que essas doenças representem aproximadamente 32% dos óbitos no Brasil^(5,14,15) e tem como principais fatores de risco: nutrição inadequada, sedentarismo, dislipidemia, hiperglicemia, hipertensão arterial, obesidade, riscos populacionais selecionados (idade avançada, raça/etnia e diferenças entre os sexos), trombose/tabagismo, disfunção renal e genética com a hipercolesterolemia familiar⁽¹⁶⁾.

Apesar da relevância da temática, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer os fatores que determinam a classificação de pacientes com dor torácica em alta prioridade de atendimento, uma vez que a maioria dos artigos avaliam a especificidade e sensibilidade de diferentes sistemas de triagem⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

É nessa lacuna que o presente estudo pretende responder as seguintes questões norteadoras: Quais são os fatores determinantes de prioridade de atendimento na classificação de risco a pacientes com queixa de dor torácica? Qual o desfecho destes atendimentos na classificação de risco?

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivos verificar os fatores determinantes de alta prioridade na classificação de risco e os desfechos deste atendimento realizado a pacientes adultos com dor torácica.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em pronto-socorro referenciado de hospital público do interior do estado de São Paulo, onde se realiza a classificação de risco 24 horas por dia, todos os dias da semana, aos adultos que buscam atendimento com encaminhamento médico ou por demanda espontânea. Neste serviço os casos encaminhados pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) são admitidos diretamente na sala de emergência e não são classificados, assim como aqueles casos regulados pela central de regulação de oferta de serviços de saúde (CROSS) com via de entrada estabelecida para sala de emergência.

No protocolo de classificação de risco, adaptado do Sistema de Triagem de Manchester pela instituição onde foi realizada a pesquisa, o fluxograma do sintoma de “dor torácica” apresenta quatro níveis de prioridade representados por cores. Após a anamnese e aferição de sinais vitais, conforme a necessidade, é selecionado o descritor, sendo: cor vermelha (discriminadores - dor intensa: dor/desconforto/queimação/sensação compressiva na região precordial ou retroesternal, podendo irradiar) indicativa de atendimento médico imediato, em sala de emergência; cor amarela (discriminadores - dor moderada: dor ventilatório-dependente ou que piora com tosse acompanhada de febre, tosse ou expectoração e febre > 38,5 °C) prevê a necessidade de atendimento médico em até uma hora; cor verde (discriminadores - SSV normais: dor de característica muscular, dor leve sem outros sintomas associados em pacientes sem história prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar) estabelece tempo de espera para atendimento médico em até 2 horas; cor azul (discriminadores - dor crônica sem característica de dor isquêmica com SSV normais) estabelece o limite de 4 horas para atendimento médico.

Neste estudo, para fins de análise, classificara-se em alta prioridade os indicadores de nível de gravidade nas cores vermelho e amarelo e baixa prioridade verde e azul.

Na amostragem de conveniência, foram considerados elegíveis para o estudo prontuários de pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, que passaram por atendimento na classificação de risco de pronto-socorro referenciado com o sintoma “Dor Torácica”. Foram excluídas as duplicidades de atendimento e sem registro do atendimento no prontuário eletrônico.

Para composição desta amostra foi realizado inicialmente levantamento junto ao Centro de Informática Médica (CIMED) da instituição dos atendimentos realizados com classificação de risco e que utilizaram o discriminador “dor torácica”, no período de julho a dezembro de 2019, último semestre que antecedeu a pandemia do novo Coronavírus.

A seguir, a coleta de dados foi realizada mediante consulta no prontuário eletrônico em uso na instituição denominado SOUL MV, no período de agosto a novembro de 2020.

Os dados foram coletados por meio de instrumento desenvolvido para este estudo constituído de dados sociodemográficos e informações clínicas pertinentes ao atendimento, a saber: cidade; sexo (Masculino/ Feminino); cor prioridade (vermelho/ amarelo/ verde/ azul); discriminador (já apresentados); local dor (retroesternal/ precordial/ epigástrica); irradiação (sim/ não); sintomas associados (sim/ não); sinais vitais (sim/ não); pressão arterial (sim/ não); oximetria (sim/ não); frequência cardíaca (sim/ não); temperatura (sim/ não); HGT (sim/ não); frequência respiratória (sim/ não); dor (sim/ não); histórico de dor (sim/ não); realiza acompanhamento (sim/ não); possui antecedentes pessoais (sim/ não); procedência do paciente (demanda espontânea/ encaminhamento/ não consta); diagnóstico médico (Ausente/ cardiológico/ pulmonar/ outras etiologias) houve internação (sim/ não); desfecho de classificação (alta após atendimento médico/ sala de espera/ sala de observação/ redirecionamento de fluxo de atendimento/ evasão). Reitera-se que a variável desfecho se refere ao que ocorreu imediatamente após avaliação médica inicial na classificação de risco.

Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. A variável ACCR foi reclassificada em duas categorias (alta e baixa prioridade de atendimento). Com essa categorização, foram feitas as comparações de média utilizando o teste t-Student para as variáveis quantitativas e as associações com as variáveis categorizadas utilizando o teste qui-quadrado. Na análise dos desfechos do atendimento foram utilizados o teste de Mann-Whitney, qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher.

Considerando a variável binária recategorizada, alta prioridade de atendimento pelo ACCR como variável resposta, foi ajustado um modelo de regressão logística com as demais variáveis explanatórias utilizando o método ‘stepwise’ de seleção de variáveis. As análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22, (IBM SPSS). O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob parecer número 4.011.394. A elaboração desse estudo foi realizada em conformidade às diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), apesar do artigo não aderir plenamente ao checklist pelas características do estudo proposto⁽²⁰⁾.

■ RESULTADOS

Foram identificados 194 atendimentos referentes ao sintoma “dor torácica”. Após análise, 13 foram excluídos: seis devido à duplicidade na base e outros sete por apresentarem informações incompletas referentes à classificação de risco, o que resultou numa amostra de 181 prontuários (Figura 1).

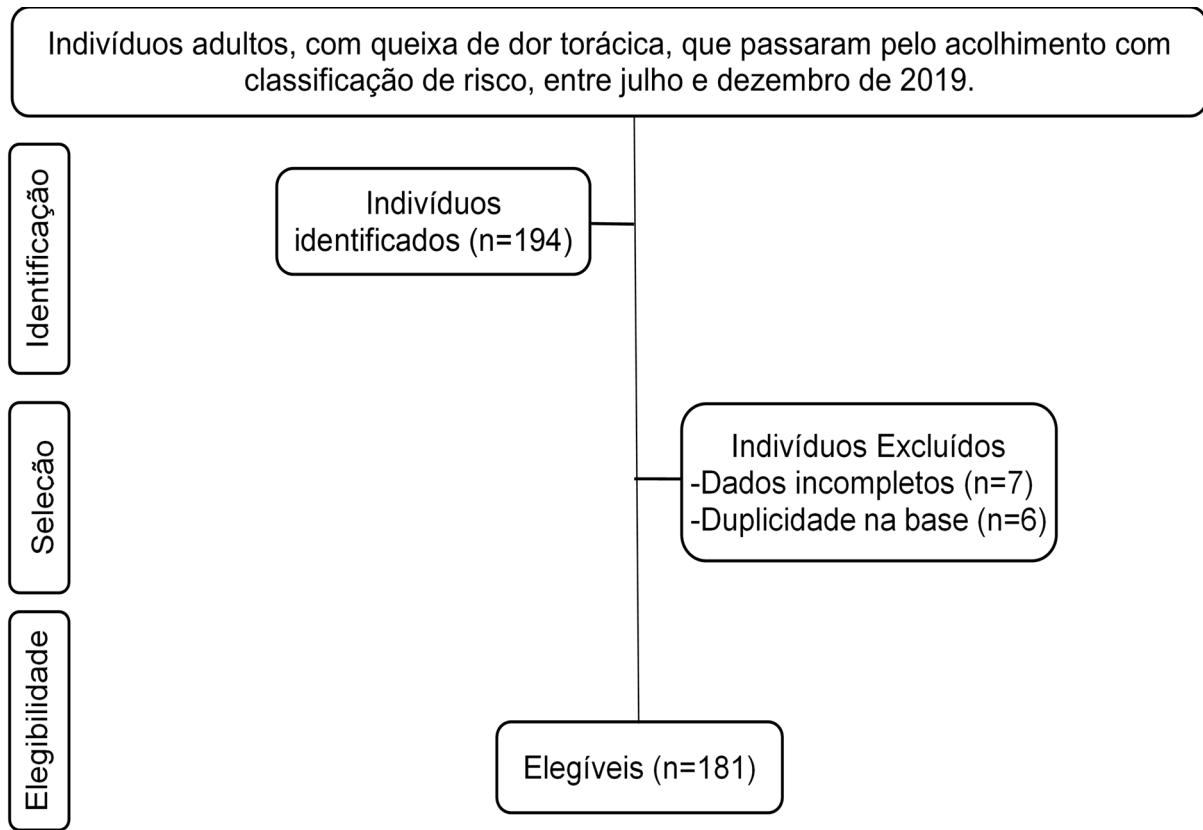


Figura 1 – Fluxograma para identificação da seleção amostral, adaptado STROBE.
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota-se predomínio de indivíduos do sexo masculino 98 (54,1%), com alta prioridade de atendimento pela classificação de risco 81 (60,0%), que procuraram o serviço espontaneamente 103 (76,3%), no período diurno 107 (79,3%) e eram portadores de comorbidades 95 (70,4%). A idade média foi de 58 anos para o grupo de baixa prioridade e 57 anos para alta prioridade. Em 49,7% da amostra os diagnósticos foram cardiológicos (Tabela 1).

A dor precordial foi hegemônica em ambos os grupos, porém diferiu na intensidade em relação aos grupos, ou seja, a dor moderada teve destaque no grupo de alta prioridade pelo ACCR 119 (88,1%), enquanto a leve predominou no grupo de baixa prioridade 32 (69,6%), ($p < 0.0001$). No que se refere aos desfechos do atendimento, 47 (34,8%) dos indivíduos classificados como alta prioridade na classificação de risco foram encaminhados para atendimento na sala de emergência, com diferença significativa entre os grupos

($p < 0,001$). Destes, 23 (17,0%) permaneceram internados no serviço (Tabela 1).

Na Tabela 2 estão apresentadas as principais variáveis do estudo relacionadas ao desfecho internação, após classificação de risco. Observa-se que os pacientes que internaram eram mais jovens, do sexo masculino 16 (59,3%) e apresentavam comorbidades ($p = 0,014$). A dor precordial 73 (47,4%), sem irradiação 60 (39,0%) não foi considerada determinante para internação hospitalar. No que se refere à intensidade da dor, apesar da moderada predominar entre os que internaram 19 (70,4%), a proporção de pacientes que teve alta com este sintoma supera este percentual 114 (74%).

As análises e regressão logística das variáveis explanatórias para classificação do atendimento em alta prioridade pela classificação de risco estão apresentadas na tabela 3. Nota-se que sexo feminino ($p = 0,0198$) foi considerado fator protetor para classificação em alta prioridade de atendimento.

Tabela 1 – Caracterização clínico-demográfica dos participantes e desfecho inicial dos atendimentos na classificação de risco. Botucatu, Brasil, 2021

Variáveis	Baixa	Alta	Total	p-valor
	prioridade (n=46)	prioridade (n=135)		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade	58 (16,1±DP)	57(16,5±DP)	57(16,5±DP)	
Sexo				
Feminino	29 (63,0)	54 (40,0)	83 (45,9)	
Masculino	17 (37,0)	81 (60,0)	98 (54,1)	0,0068
Demanda				
Não informado	0 (0,0)	11 (8,1)	11 (6,1)	0,1009
Espontânea	36 (78,3)	103 (76,3)	139 (76,8)	0,9439
Referenciado	10 (21,7)	21 (15,6)	31 (17,1)	0,4625
Turno				0,4127
Diurno	39 (84,8)	107 (79,3)	146 (80,7)	
Noturno	7 (15,2)	28 (20,7)	35 (19,3)	0,6798
Comorbidades				
Sem registro	2 (4,3)	4 (3,0)	6 (3,3)	0,9021
Sim	32 (69,6)	95 (70,4)	127 (70,2)	0,1026
Não	12 (26,1)	36 (26,6)	48 (26,5)	0,805
Local da dor				
Não informado	16 (34,8)	37 (27,4)	53 (29,3)	0,3506
Retroesternal	11 (23,9)	22 (16,3)	33 (18,2)	0,3501
Epigástrica	2 (4,3)	10 (7,4)	12 (6,6)	0,706
Precordial	17 (37,0)	66 (48,9)	83 (45,9)	0,2182
Intensidade de Dor				
Leve	32 (69,6)	7 (5,2)	39 (21,5)	<.0001
Moderada	14 (30,4)	119 (88,1)	133 (73,5)	<.0001
Intensa	0 (0,0)	9 (6,7)	9 (5,0)	0,1604

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	Baixa	Alta	Total	p-valor
	prioridade (n=46)	prioridade (n=135)		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Irradiação				
Sim	13 (28,3)	61 (45,2)	74 (40,9)	0,0654
Não	19 (41,3)	46 (34,1)	65 (35,9)	0,4809
Não informado	14 (30,4)	28 (20,7)	42 (23,2)	
Desfechos da classificação de risco				
Alta	33 (71,7)	67 (49,7)	100 (55,2)	0,0149
Observação	0 (0,0)	19 (14,1)	19 (10,5)	0,0159
Sala de Emergência	8 (17,4)	47 (34,8)	55 (30,4)	0,042
Redirecionado	5 (10,9)	1 (0,7)	6 (3,3)	0,0045
Evasão	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,6)	1,000
Internação	4 (8,7)	23 (17,0)	27 (15,0)	
Diagnóstico				
Ausente*	5 (10,9)	1 (0,7)	6 (3,3)	0,0045
Cardiológico	19 (41,3)	71 (52,6)	90 (49,7)	0,2494
Pulmonar	4 (8,7)	14 (10,4)	18 (9,9)	0,9661
Outras etiologias	18 (39,1)	49 (36,3)	67 (37,1)	0,8674

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

*Refere-se àqueles que foram encaminhados a outro serviço de menor complexidade

Tabela 2 – Associação entre as principais variáveis do estudo relacionadas ao desfecho internação hospitalar na classificação de risco. Botucatu, Brasil, 2021

Variáveis	Internação Hospitalar			p-valor
	Não (n=154)	Sim n=27	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade (anos)				0,297
Média(±DP)	55,6 (16,5)	54,6 (16,5)	57,6 (16,9)	

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	Internação Hospitalar			p-valor
	Não (n=154)	Sim n=27	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				0,563
Masculino	82(53,2)	16 (59,3)	98 (54,1)	
Feminino	72 (46,8)	11 (40,7)	83(45,9)	
Sinais vitais				0,220
Sem registro	4(2,6)	2(7,4)	6(3,3)	
Aferidos	150 (97,4)	25(92,6)	175(96,7)	
Comorbidades				0,014
Sem registro	5 (3,2)	1(3,7)	6(3,3)	
Sim	102 (66,2)	25 (92,6)	127(70,2)	
Não	47 (30,6)	1(3,7)	48(26,5)	
Local da dor				0,697
Não informado	43 (27,9)	10(37,0)	53(29,3)	
Retroesternal	28(18,2)	5 (18,6)	33(18,2)	
Epigástrica	10 (6,5)	2 (7,4)	12(6,6)	
Precordial	73 (47,4)	10 (37,0)	83(45,9)	
Irradiação				0,108
Não informado	35 (22,7)	7 (25,9)	42(23,2)	
Apresentou	59 (38,3)	15(55,6)	74(40,9)	
Não apresentou	60 (39,0)	5 (18,5)	65(35,9)	
Intensidade da dor				0,808
Leve	32 (20,8)	7 (25,9)	39(21,5)	
Moderada	114 (74,0)	19 (70,4)	133 (73,5)	
Intensa	8 (5,2)	1(3,7)	9 (5,0)	
ACCR				0,475
Azul	1(0,6)	0 (0,0)	1(0,6)	
Verde	41(26,7)	4 (14,8)	45(24,9)	
Amarelo	104 (67,5)	21 (77,8)	125(69,0)	
Vermelho	8 (5,2)	2 (7,4)	10 (5,5)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3 – Regressão logística das principais variáveis associadas à classificação alta prioridade de atendimento na classificação de risco. Botucatu, Brasil, 2021

Variáveis	OR	IC 95%		P
		Mínimo	Máximo	
Idade	1,01	0,986	1,035	0,405
Sexo Feminino	0,40	0,189	0,866	0,019
Procedência (outra cidade)	1,83	0,849	3,953	0,122
Turno (diurno)	1,46	0,543	3,905	0,455
Ter Comorbidades	1,36	0,541	3,418	0,804
Dor precordial	1,78	0,258	12,267	0,327

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram identificar características clínico-epidemiológicas dos pacientes que procuraram atendimento em um pronto-socorro de nível terciário e contribuem para reflexão acerca do protocolo de ACCR para queixa de dor torácica.

Na presente investigação, sexo masculino foi prevalente na busca por atendimento com queixa de dor torácica e classificação em alta prioridade de atendimento. Dados divergentes em estudo realizado com 217 pacientes atendidos em departamento de emergência de hospital no Brasil em que a maioria eram homens (61,2%) classificados como baixa prioridade (51,1%)⁽²¹⁾.

Outro aspecto relacionado ao atendimento foi a prevalência de procura pelo serviço no período diurno. No entanto, os atendimentos de alta prioridade (20,7%) foram maiores no período noturno se comparados com os de baixa prioridade (15,2%), fato que pode estar relacionado à procura com características de urgência, neste período. Dados corroborados em estudo realizado na região sul do país no qual a maioria dos atendimentos adequados ao serviço de urgência ocorreram no período noturno⁽¹⁵⁾.

No que se refere à presença de comorbidades foi predominante entre os pacientes com queixa de dor torácica. Dados similares presentes em outros estudos em que comorbidades como hipertensão arterial (HAS), dislipidemia, doença arterial coronariana (DAC) e obesidade como importantes fatores de risco para a apresentação de IAM^(6,22,23).

Com relação à etiologia da dor, evidenciou-se que mais da metade das causas classificadas em baixa prioridade eram de origem não cardíaca, como descrito em literatura. Apesar da dor torácica ser descrita como o principal sintoma das DACs, apenas parte dos pacientes apresentam a forma típica. Ademais há que se considerar subjetividade de cada paciente, a apresentação de dor torácica que pode ser atípica com relatos de mal-estar inespecífico, fraqueza e dispnéia, por outro lado, presentes não somente na SCA. Fato que pode dificultar a avaliação dos profissionais e direcionamento do atendimento às condutas adequadas. Por isso, é indispensável a realização do atendimento com escuta qualificada, avaliação e interpretação da queixa pelo enfermeiro durante a classificação de risco^(6,18,24).

Outros estudos apontam que alguns pacientes, principalmente idosos, mulheres e diabéticos, necessitam de maior atenção no momento do atendimento, uma vez que podem apresentar sintomas clínicos atípicos das doenças coronarianas com maior frequência, sendo o diagnóstico e as condutas direcionados, num primeiro momento, para outras doenças e comorbidades^(10,14,24).

Neste estudo, o desfecho de alta após atendimento médico foi prevalente tanto nos atendimentos de alta e baixa prioridade. No Brasil, atualmente se vê uma procura excessiva aos serviços de urgência e emergência, causando superlotação nos serviços, sobrecarga e acúmulo de tarefas aos profissionais de saúde^(6,18).

Outro fato apresentado neste estudo é o baixo número de casos redirecionados (3.3%), mesmo com o grande número

de classificados em baixa prioridade e alta como desfecho, evidenciando o uso inadequado dos serviços de urgência e emergência, uma vez que parte dos casos atendidos poderia ser resolvida em serviços de menor complexidade^(25,26).

Com o fluxo de encaminhamentos entre os serviços ainda precário, a referência dos casos inadequados ao serviço de urgência mostra-se ser uma das limitações para a efetividade da classificação de risco. Sabe-se que as limitações para o bom funcionamento da classificação de risco são multifatoriais, sendo essencial a execução de estratégias que diminuam essas limitações, a fim de se ter uma classificação eficaz, com qualidade e resolutividade. A classificação organizada de forma a priorizar o paciente, através da avaliação criteriosa e qualificada do enfermeiro nas portas de entrada dos serviços, contribui para o diagnóstico rápido e condutas adequadas, potencializando a eficácia da assistência^(6,12).

Nesse cenário, o enfermeiro assume importante função, capaz de realizar a classificação de risco devido a sua visão criteriosa e ampliada das condições, sendo a educação continuada, as capacitações e treinamentos desses profissionais imprescindíveis para embasar as condutas e aumentar a precisão do enfermeiro classificador^(6,10,13,24). Reitera-se que dominar os conhecimentos acerca dos sintomas, típicos e atípicos, das doenças coronarianas ou não, bem como os grupos de risco e comorbidades associadas faz com que o enfermeiro tenha maior facilidade em avaliar e aumenta a eficiência da classificação, intervindo precocemente quando necessário, além de diminuir as complicações relacionadas à evolução das doenças cardíacas^(6,22,24,25).

Para responder ao segundo objetivo específico deste estudo, realizou-se a análise de regressão logística das variáveis explanatórias para classificação do atendimento em alta prioridade. Sexo feminino foi considerado fator protetor. Estudos têm mostrado que mulheres com 45 anos ou menos são menos propensas a sentir desconforto no peito como principal sintoma, porém, mulheres com infarto agudo do miocárdio que não apresentam dor no peito correm maior risco de morte^(23,27,28). No entanto, estudo clínico com 1941 pacientes, sendo 39% do sexo feminino apontou que as mulheres são mais propensas a apresentar sintomas atípicos, como epigastria, dor, dispepsia, incluindo fadiga incomum, falta de respiração, indigestão, fraqueza, tonturas, palpitações ou ansiedade⁽²³⁾.

Os transtornos de ansiedade estão significativamente associados à disfunção endotelial coronariana (CED) em mulheres com dor torácica e doença arterial coronariana não obstrutiva, como mostra estudo realizado com 1.974 pacientes, sendo destes 66,2% do sexo feminino. Assim, o CED pode representar um mecanismo que sustenta a associação entre transtornos de ansiedade e doença arterial

coronariana e suas complicações, destacando o papel da ansiedade como potencial alvo terapêutico para prevenir eventos cardiovasculares⁽¹⁴⁾.

Observa-se que apesar do pronto-socorro ser referenciado ainda há uma grande demanda de pacientes que necessita da classificação de risco para atendimento das necessidades de saúde, uma vez que a população não utiliza a rede de atenção à saúde e procura diretamente o serviço.

Destaca-se como limitação do estudo o fato de ter-se realizado em um único hospital público com particularidades locais o que limita a generalização dos resultados. Ademais, a eventual imprecisão dos registros também é uma limitação natural do estudo. O estudo traz como principal contribuição a relevância do trabalho do enfermeiro na classificação de risco e fornece subsídios aos gestores locais que permitem aperfeiçoar a prática assistencial na instituição onde a pesquisa foi realizada, reorganizando o fluxo de atendimento entre os níveis de complexidade de assistência.

■ CONCLUSÃO

Sexo feminino foi um fator protetor na classificação de risco como alta prioridade, segundo o protocolo utilizado na instituição, ou seja, contribui para que as mulheres não fossem classificadas em alta prioridade de atendimento.

O principal desfecho da classificação de risco foi alta, após atendimento médico, nas classificações baixa e alta prioridade.

■ REFERÊNCIAS

1. DeLaney MC, Neth M, Thomas JJ. Chest pain triage: current trends in the emergency departments in the United States. *J Nucl Cardiol*. 2017;24(6):2004-11. doi: <https://doi.org/10.1007/s12350-016-0578-0>
2. Cutugno C. Assessing chest pain. *Am J Nurs*. 2022;122(5):56-8. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000830768.27347.ca>
3. Seyedhosseini-Davarani S, Asle-Soleimani H, Hossein-Nejed H, Jafarbaghdadi R. Do patients with chest pain benefit from installing triage system in emergency department? *Adv J Emerg Med*. 2018;2(1):e8. doi: <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.33>
4. Santos ES, Timerman A. Chest pain in the emergency room: who is left and who can be released? *Rev SOCESP*. 2018;28(4):394-402. doi: <http://doi.org/10.29381/0103-8559/20182804394-402>
5. Bertoluci MC, Moreira RO, Faludi A, Izar MC, Schaan BD, Valerio CM, et al. Brazilian guidelines on prevention of cardiovascular disease in patients with diabetes: a position statement from the Brazilian Diabetes Society (SBD), the Brazilian Cardiology Society (SBC) and the Brazilian Endocrinology and Metabolism Society (SBEM). *Diabetol Metab Syndr*. 2017;9:53. doi: <https://doi.org/10.1186/s13098-017-0251-z>
6. Zanettini A, Diniz MBC, Stochero G, Silva JC, Marcon C, Cunha VP. Acute chest pain: nurses challenging a time-dependent pathology at the hospital entrance doors. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10:e42. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769236945>

7. Sabzghabaei A, Shojaee M, Amiri M, Akhounzadeh N, Safari S. The veracity of troponin test requests for patients presenting to the emergency department with chest pain; a clinical audit. *Adv J Emerg Med.* 2017;1(1):e4. doi: <https://doi.org/10.22114/AJEM.v1i1.8>
8. Hermida PMV, Jung W, Nascimento ERP, Silveira NR, Alves DLF, Benfatto TB. Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: discursos dos enfermeiros. *Rev Enferm UERJ.* 2017;25:e19649. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19649>
9. Kevin Mackway-Jones Jill Windle, Janet Marsden. Sistema Manchester de classificação de risco. 2. ed. Belo Horizonte: Folium; 2017.
10. Moura BRS, Nogueira LS. Performance of the rapid triage conducted by nurses at the emergency entrance. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2020;28:e3378. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3467.3378>
11. Reis APP, Ruschel KB, Moraes MAP, Belli K, Saffi ML, Fagundes JE. Risk stratification in chest pain: impact on the diagnosis of acute coronary syndrome. *Int J Cardiovasc Sci.* 2021;34(1):. doi: <https://doi.org/10.36660/ijcs.20190178>
12. Figueiredo CLM, Néo CA, Silva CN, Cruz GCV, Castro SS. Acolhimento com classificação de risco: um olhar tridimensional. *Ensaio Ciênc.* 2019;23(2):148-54. doi: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p148-154>
13. Carapinheiro G, Chioro A, Andrezza R, Spedo SM, Souza ALM, Araújo EC, et al. Nurses and the Manchester: rearranging the work process and emergency care? *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20200450. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0450>
14. Sara JDS, Ahmad A, Toya T, Suarez Pardo L, Lerman LO, Lerman A. Anxiety disorders are associated with coronary endothelial dysfunction in women with chest pain and nonobstructive coronary artery disease. *J Am Heart Assoc.* 2021;10(17):e021722. doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.021722>
15. Miranda AVS, Rampellotti LF. Incidence of chest pain complaints as a symptom of acute myocardial infarction in an emergency care unit. *Braz J Pain.* 2019;2(1):44-8. doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190009>
16. Bays HE, Taub PR, Epstein E, Michos ED, Ferraro RA, Bailey AL, et al. Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors. *Am J Prev Cardiol.* 2021;5:100149. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2021.100149>
17. Nishi FA, Polak C, Cruz DALM. Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System in risk prioritization of patients with acute myocardial infarction who present with chest pain. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018;17(7):660-6. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515118777402>
18. Nishi FA, Maia FOM, Santos IS, Cruz DALM. Assessing sensitivity and specificity of the Manchester Triage System in the evaluation of acute coronary syndrome in adult patients in emergency care: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* 2017;15(6):1747-61. doi: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003139>
19. Zaboli A, Turcato G, Solazzo P, Sorrento D, Zorzi E, Marsoner T, et al. Effectiveness of Manchester Triage System in risk prioritisation of patients with pulmonary embolism who present dyspnoea, chest pain or collapse. *Int Emerg Nurs.* 2020;50:100842. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100842>
20. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. 2014. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2014.07.013>
21. Nonnenmacher CL, Pires AUB, Moraes VM, Lucena AF. Factors that influence care priority for chest pain patients using the manchester triage system. *J Clin Nurs.* 2018;27(5-6):e940-50. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14011>
22. Dawson LP, Nehme E, Nehme Z, Davis E, Bloom J, Cox S, et al. Sex differences in epidemiology, care, and outcomes in patients with acute chest pain. *J Am Coll Cardiol.* 2023;81(10):933-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.12.025>
23. Ferry AV, Anand A, Strachan FE, Mooney L, Stewart SD, Marshall L, et al. Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria. *J Am Heart Assoc.* 2019;8(17):e012307. doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012307>
24. Vieira AC, Bertonecello KCG, Girondi JBR, Nascimento ERP, Hammerschmidt KSA, Zeferinho MT. Perception of emergency nurses in using a chest pain assessment protocol. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):e1830014. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001830014>
25. Xu KT, Morris JE, Piel C. The utility of pain scale to assess verifiable vs non-verifiable pain in United States emergency departments. *West J Emerg Med.* 2021;22(2):156-62. doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.11.49030>
26. Buowari DY, Owoo C, Gupta L, Schell CO, Baker T; EICC Network Group. Essential emergency and critical care: a priority for health systems globally. *Crit Care Clin.* 2022;38(4):639-56. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2022.06.008>
27. Briggs LA. Deciphering chest pain in women. *Nurse Pract.* 2018;43(4):25-33. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000531071.96311.9f>
28. Groepenhoff F, Eikendal ALM, Onland-Moret NC, Bots SH, Menken R, Tulevski II, et al. Coronary artery disease prediction in women and men using chest pain characteristics and risk factors: an observational study in outpatient clinics. *BMJ Open.* 2020;10:e035928. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035928>

■ **Contribuição de autoria:**

Análise formal: Denise dos Reis, Silmara Meneguim.

Conceituação: Bruna Pegorer Santos, Silmara Meneguim.

Curadoria de dados: Bruna Pegorer Santos, Denise dos Reis.

Escrita – rascunho original: Amanda Vitoria Zorzi Segalla, Bruna Pegorer Santos, Denise dos Reis.

Escrita – revisão e edição: Amanda Vitoria Zorzi Segalla, Bruna Pegorer Santos, Silmara Meneguim.

Investigação: Denise dos Reis.

Metodologia: Bruna Pegorer Santos, Silmara Meneguim.

Supervisão: Silmara Meneguim.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autora correspondente:**

Silmara Meneguim

E-mail: s.meneguim@unesp.br

Recebido: 05.07.2022

Aprovado: 03.07.2023

Editor associado:

Dagmar Elaine Kaiser

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira