

Estudo Descritivo dos 15 Fluxogramas mais frequentes da Triagem de Prioridades no SU do HSA de 2007 a 2010

Mestrado Integrado em Medicina

Ana Helena Barbosa Fachada

Afiliação: Maria Emília da Rocha Barbosa || Fernando Augusto Mimoso Fachada

Endereço: Rua do Pombal n.º14, 5150-662 Vila Nova de Foz Côa

Orientador: Dr. Humberto José da Silva Machado

Co-Orientadora: Dr. Maria Eduarda Gomes Domingues dos Santos Matos

PORTO 2010/2011



Resumo

Introdução: O Serviço de Urgência, como estrutura prestadora de cuidados de saúde quando surge uma situação aguda, pretende ser um serviço multidisciplinar e multiprofissional estruturado que proporciona ao doente uma intervenção médica imediata e organizada. Para tal, utiliza a metodologia de Triagem de Manchester, que estratifica os doentes em cinco níveis de prioridade.

Objectivos: A realização de um estudo observacional acerca da actividade do Serviço de Urgência, durante o período de tempo compreendido entre 2007 e 2010, para compreender o funcionamento deste serviço, em particular a dinâmica existente entre determinadas características.

Metodologia: A partir da amostra obtida da base de dados informática do Hospital de Santo António, analisaram-se estatisticamente os seguintes parâmetros, referentes aos 15 fluxogramas da Triagem de Prioridades de Manchester mais prevalentes em cada ano em estudo: #Prioridade e respectivo Discriminador, #Género, #Idade, #Residência, #Tempos no SU - T1: Admissão - Triagem; T2: Duração da triagem; T3: Triagem - 1.ª Observação médica; T4: 1.ª Observação Médica - Alta clínica; #Destino da alta e #Especialidade da alta.

Resultados: A população que procura o Serviço de Urgência deste hospital é maioritariamente do sexo feminino, tem uma idade média de 51 anos e é proveniente na sua maioria do distrito do Porto. Apresenta, na maioria, queixas consideradas à entrada como urgentes e o seu destino após a observação médica é, em maior número, a Alta para o Domicílio.

Conclusões: Concluiu-se que a maioria dos parâmetros apresentava uma distribuição idêntica ao que seria esperado, exceptuando, entre outras, uma redução de apenas 1% do número de episódios entre 2007 e 2008 e um aumento de cerca de 0,6% entre 2009 e 2010, contrários à espectável diminuição de 10%.

Palavras-chave

Serviço de Urgência, Fluxograma, Triagem, Prioridade, Hospital de Santo António

Abstract

Introduction: The Emergency Department, as a health care structure provider for acute situations, aims to be a multidisciplinary and multi-professional structured service that gives patients immediate and organized medical intervention. Therefore it uses the Manchester Triage methodology, which organizes patients into five levels of priority.

Objectives: The elaboration of an observational study on the Emergency Department activity, between 2007 and 2010, to understand how this service works, particularly the existing dynamic between certain characteristics.

Methodology: From the sample obtained on Santo António Hospital computerized database were statistically analyzed the following parameters, regarding the 15 most prevalent flowcharts of the Manchester Priority Triage in the years covered by the study: #Priority and respective Discriminator, #Gender, #Age, #Address, #Time in ED - T1: Admission – Triage, T2: Triage Duration, T3: Triage – 1st Medical Observation, T4: 1st Medical Observation – Home Discharge; # Discharge Destination; #Discharge Specialty.

Results: The population who comes to this Emergency Department is mostly female, with an average age of 51 years old, mainly from Oporto District. It presents complaints considered urgent and its destination after medical observation is, in a high percentage, home discharge.

Conclusions: It was possible to conclude that most parameters showed a distribution similar to the one expected, with the exception, among others, of a reduction of only 1% of the number of cases between 2007 and 2008 and an increase of about 0.6% between 2009 and 2010, in opposition to the expected decrease of 10%.

Key-words: Emergency Department, Flowchart, Triage, Priority, Santo António Hospital

Índice

<i>Introdução.....</i>	<i>5</i>
<i>Materiais e Métodos.....</i>	<i>7</i>
<i>Resultados.....</i>	<i>9</i>
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	9
ESTUDO DA DINÂMICA INTERRELACIONAL.....	13
<i>Discussão</i>	<i>18</i>
<i>Referências</i>	<i>21</i>
<i>Agradecimentos.....</i>	<i>23</i>
<i>Anexos</i>	<i>24</i>

Siglas e Abreviaturas

HSA – Hospital de Santo António

ORL - Otorrinolaringologia

SU – Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

T1 - Tempo Admissão - Triagem

T2 – Tempo de duração da triagem

T3 – Tempo Triagem - 1.^a Observação médica

T4 – Tempo 1.^a Observação Médica - Alta clínica

Tt - Tempo Total até Observação Médica

SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences

Índice de Figuras

Figura 1. Distribuição por Ano

Figura 2. Distribuição por Sexo

Figura 3. Histograma das Idades

Figura 4. Distribuição dos Distritos por Ano

Figura 5. Distribuição dos Níveis de Prioridade por Ano

Figura 6. Distribuição dos Níveis de Prioridade por Sexo

Figura 7. Distribuição dos Níveis de Prioridade por Idade

Figura 8. Distribuição do Destino da Alta por Ano

Figura 9. Distribuição do Destino da Alta por Nível de Prioridade

Índice de Tabelas

Tabela I. Classificação de grupos etários segundo a idade cronológica

Tabela II. 15 Fluxogramas mais frequentes por ano

Tabela III. Distritos

Tabela IV. Níveis de Prioridade

Tabela V. Faltas de informação nas variáveis “Tempos no SU”

Tabela VI. Tempos no SU

Tabela VII. Especialidades da Alta

Tabela VIII. Destino da Alta

Tabela IX. Distribuição da Idade por Ano

Tabela X. Estudo de Tt segundo os Níveis de Prioridade

Introdução

Sempre que um indivíduo se encontre numa situação de mal-estar e/ou potencial perigo para a sua saúde espera ter ao seu alcance um conjunto de infra-estruturas humanas e materiais que lhe possam conferir assistência e tratamento consistentes e eficazes. Em Portugal, a estrutura responsável por responder à “situação aguda do doente”⁴ é o Serviço de Urgência (SU), um serviço de acção médica hospitalar multidisciplinar e multiprofissional, que tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas⁴.

Como organização independente nas suas normas e funcionamento, o SU pretende a optimização da prestação de cuidados à população, de modo a adequar a resposta do sistema de saúde às necessidades impostas⁴. Assim, foi criada uma rede diferenciada de serviços de urgência que gera condições para que indivíduos em situações não urgentes/emergentes tenham ao seu dispor serviços qualificados para a sua abordagem, e indivíduos em estado mais grave possam ser tratados em serviços mais diferenciados, do ponto de vista técnico e científico, podendo estes estar menos sobrecarregados para a assistência a esses mesmos doentes. Essa rede inclui três níveis de actuação: Urgência Básica, Urgência Médico-Cirúrgica e Urgência Polivalente³. O Serviço de Urgência Básica (SUB) é o primeiro nível de actuação e caracteriza-se por ser apenas composto por valências médicas (não cirúrgicas, exceptuando a pequena cirurgia). É o serviço mais próximo às populações, que nos seus recursos engloba uma equipa de apenas dois médicos, dois enfermeiros, um auxiliar de acção médica e um administrativo.

O nível seguinte de diferenciação é o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), que deve estar integrado em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital e deve incluir os seguintes recursos humanos: equipas de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequadas à respectiva área de influência populacional. Esta estrutura deve incluir obrigatoriamente as seguintes valências médicas: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, ORL, Urologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Diálise para situações agudas, Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC) e Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos)⁶.

O Serviço de Urgência Polivalente (SUP) é o nível com maior diferenciação técnica, que se localiza, em regra, num hospital central/centro hospital e compreende

todos os recursos possuídos pelo SUMC e ainda as seguintes valências: Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e RMN, Patologia Clínica com Toxicologia³.

Como Emergência e Urgência entendem-se as situações clínicas de instalação súbita nas quais, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais⁶, e, sendo estas as razões que levam à procura do SU, é de acordo com as mesmas que deve ser feita a organização hierárquica da avaliação do doente no SU. Logo, é crucial o estabelecimento de níveis de prioridade que optimizem a abordagem dos doentes, para que todos sejam observados num período de tempo ideal. É para tentar cumprir esta premissa que é criado o Sistema de Triagem de Manchester, uma metodologia que pretende ser capaz de assegurar prioridade de observação dos doentes mais graves em detrimento dos menos graves. Este método engloba uma nomenclatura objectiva, reprodutível, passível de auditoria e controlada medicamente, baseada em 52 fluxogramas de decisão que, partindo da queixa apresentada inicialmente pelo doente, contêm várias questões a serem progressivamente colocadas segundo uma ordem. Essa ordem permitirá concluir em que nível de prioridade o doente se encontra.

As referidas questões, ou termos específicos utilizados, são os chamados *Discriminadores*, organizados no algoritmo de tal modo que, os que indicam níveis mais elevados de prioridade são os que obtêm resposta afirmativa logo no início. Os discriminadores pertencentes aos fluxogramas de decisão podem ser específicos para a situação em causa ou gerais⁷.

Os níveis de prioridade pelos quais se organizam os doentes à entrada do SU são: *emergente* (identificada pela cor vermelha), *muito urgente* (identificada pela cor laranja), *urgente* (identificada pela cor amarela), *pouco urgente* (identificada pela cor verde), prioridade *não urgente* (identificada pela cor azul). Cada categoria tem um valor de tempo alvo até o início da observação médica inicial pretendido, a saber: emergente - 0 minutos, muito urgente – 10 minutos, urgente – 60 minutos, pouco urgente – 120 minutos, não urgente – 240 minutos.

Tentando apreender a dinâmica do SU como serviço prestador de cuidados à população, o objectivo desta Dissertação é analisar alguns parâmetros caracterizadores do fluxo de doentes do SU do Hospital de Santo António (HSA) no período de tempo compreendido entre os anos de 2007 a 2010, referentes aos 15 fluxogramas da Triagem de Prioridades de Manchester mais prevalentes em cada ano em estudo.

Materiais e Métodos

O ponto de partida para a realização deste estudo foi, então, o SU do HSA, um Serviço de Urgência Polivalente que se localiza no pólo de construção mais recente do HSA, o edifício Dr. Luís de Carvalho. Este serviço implementou desde Outubro de 2000 o Sistema de Triagem de Manchester sendo, juntamente com o Hospital Amadora-Sintra, pioneiro na implementação desta metodologia em Portugal.

Os dados que servem de fonte para o estudo foram extraídos da base de dados informática do HSA, com o apoio do Serviço de Sistemas de Informação, e incluem as seguintes variáveis: #Prioridade e respectivo Discriminador, #Género, #Idade, #Residência, #Tempos no SU (em minutos) - T1: Admissão - Triagem; T2: Duração da triagem; T3: Triagem - 1.^a Observação médica; Tt: Tempo total até Observação Médica, T4: 1.^a Observação Médica - Alta clínica; #Destino da alta; #Especialidade da alta.

Relativamente à variável “Idade”, por forma a facilitar e otimizar o seu estudo, foi utilizada a classificação de grupos etários cronológica referida por Spirduso¹³, que inclui oito intervalos, referidos na seguinte tabela:

Tabela 1. Classificação de grupos etários segundo a idade cronológica

Idade cronológica	Classificação
< 18 anos	Menor
18 – 24 anos	Adulto Jovem
25 – 44 anos	Adulto
45-64 anos	Adulto de meia-idade
65-74 anos	Idoso jovem
75-84 anos	Idoso
85-99 anos	Idoso Idoso
Acima de 100 anos	Idoso mais velho

Da recolha efectuada, resultou uma base de dados em suporte digital “Excel” 2010, a partir da qual foi feita a análise estatística utilizando o software estatístico IBM SPSS Statistics 19.

Para a caracterização da população estudada foi realizada uma análise descritiva. As frequências das variáveis analisadas foram comparadas através do teste de Qui-Quadrado de Pearson. O teste de One Way ANOVA foi utilizado para comparar a média de Idade nos diferentes anos e as médias dos tempos totais até observação

médica nos diferentes níveis de prioridade (cor). Foi feita a comparação dos pares através do teste de Bonferroni.

Resultados

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra estudada é composta por 414788 indivíduos, que representam o grupo de doentes apresentando as 15 principais queixas em cada ano, segundo a seguinte tabela:

Tabela II. 15 Fluxogramas mais frequentes por ano

2007	2008	2009	2010
Indisposição no adulto	Problemas nos membros	Problemas nos membros	Problemas nos membros
Problemas nos membros	Indisposição no adulto	Indisposição no adulto	Indisposição no adulto
Problemas oftalmológicos	Problemas oftalmológicos	Problemas oftalmológicos	Problemas oftalmológicos
Dor abdominal	Dor abdominal	Dor abdominal	Dor abdominal
Dor lombar	Dor lombar	Dispneia	Dispneia
Dispneia	Dispneia	Dor lombar	Dor lombar
Dor torácica	Dor torácica	Indicação do médico	Dor torácica
Problemas nos ouvidos	Problemas nos ouvidos	Dor torácica	Problemas nos ouvidos
Problemas urinários	Problemas urinários	Problemas nos ouvidos	Feridas
Feridas	Feridas	Cefaleia	Cefaleia
Infecções locais e abscessos	Cefaleia	Feridas	Problemas urinários
Cefaleia	Infecções locais e abscessos	Problemas urinários	Infecções locais e abscessos
Gravidez	Gravidez	Infecções locais e abscessos	Queda
Dor de garganta	Erupções cutâneas	Dor de garganta	Dor de garganta
Queda	Dor de garganta	Erupções cutâneas	Erupções cutâneas

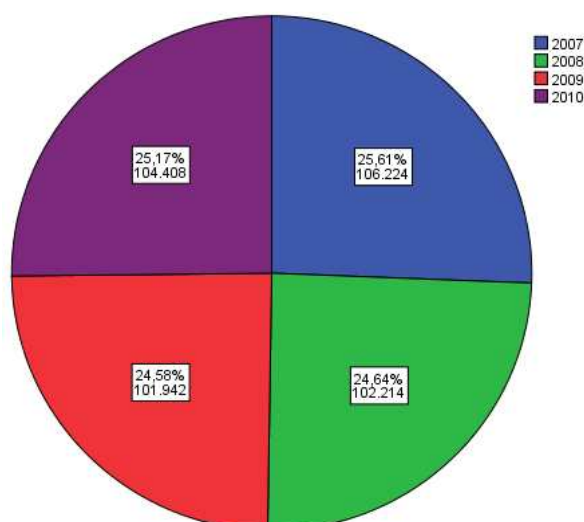


Figura 1. Distribuição dos indivíduos por Ano

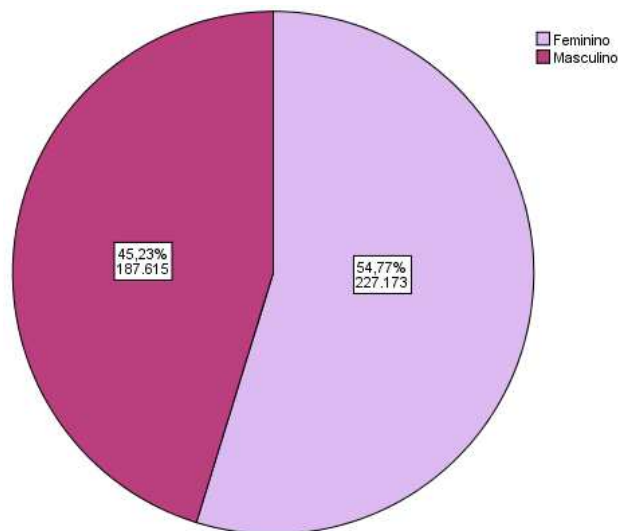


Figura 2. Distribuição dos indivíduos por Sexo

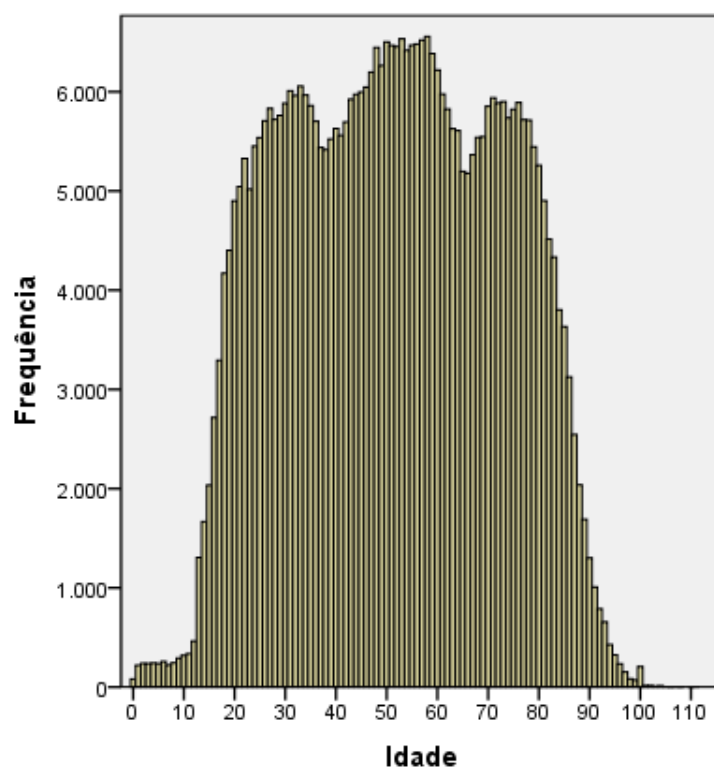


Figura 3. Histograma das Idades

A média de Idade que caracteriza a amostra é de 51,33 anos, sendo a idade mínima de meses e a máxima 111 anos.

Quanto à proveniência dos indivíduos da amostra, verificou-se que eram oriundos de 20 distritos diferentes (Tabela III). Destes, o mais frequente é o distrito do Porto, com 87,9% (n=364583), seguido do distrito de Aveiro, com 3,3% (n=13836).

Tabela III. Distritos

Açores	Évora	Porto
Aveiro	Faro	Santarém
Beja	Guarda	Setúbal
Braga	Leiria	Viana do Castelo
Bragança	Lisboa	Vila Real
Castelo Branco	Madeira	Viseu
Coimbra	Portalegre	

Tabela IV. Níveis de prioridade

Prioridade	Frequência	%	% Cumulativa
Azul	2527	0,6	0,6
Verde	102853	24,8	25,4
Amarelo	271268	65,4	90,8
Laranja	36395	8,8	99,6
Vermelho	1745	0,4	100,0
Total	414788	100,0	

Os discriminadores relativos aos 15 fluxogramas formaram um total de 107, sendo “Dor moderada” o mais prevalente com 47,8% (n=198177), seguido por “Dor” com 16,8% (n=69633).

Tabela V. Faltas de informação nas variáveis “Tempos no SU”

Tempos	Missings
T1	928
T2	3238
T3	1691
T4	1382

Tabela VI. Tempos no SU (minutos)

	T1	T2	T3	T4	Tt
Média	9,2400	1,4597	59,9859	123,4908	70,7008
Mediana	5,9333	1,2167	37,3333	45,2000	48,6000
Desvio Padrão	12,43892	0,99176	76,38180	201,01561	78,56669
Mínimo	0,02	0,08	0,12	0,00	0,97
Máximo	1280,20	54,88	1439,55	1439,98	2575,30

Quanto à natureza da especialidade médica que valida a saída do doente do SU, registaram-se na amostra 30 categorias, que englobam 99,9% (n=414456) dos indivíduos, sendo os restantes 0,1% (n=332) englobados na categoria “Outro”.

Tabela VII. Especialidades da Alta

Anestesiologia	Gastroenterologia	Neurologia
Cardiologia	Ginecologia	Neurorradiologia
Cirurgia Geral	Hematologia	O.R.L.
Cirurgia Maxilo-Facial	Imunohemoterapia	Obstetrícia
Cirurgia Vascular	Interno Geral	Oftalmologia
Clínica Geral	Medicina Física/Reabilitação	Ortopedia
Dermatologia	Medicina Geral e Familiar	Pediatria
Emergência Médica	Medicina Interna	Pneumologia
Endocrinologia	Nefrologia	Urgência Geral
Estomatologia	Neurocirurgia	Urologia

Tabela VIII. Destino da Alta

	Frequência	%	% Cumulativa
<i>Alta para o Domicílio</i>	285529	68,8	68,8
<i>Alta para outra Instituição</i>	5912	1,4	70,3
<i>ARS / Centro de Saúde</i>	39842	9,6	79,9
<i>Consulta Externa</i>	31626	7,6	87,5
<i>Hospital de Dia</i>	417	0,1	87,6
<i>Morte</i>	128	0,0	87,6
<i>Internamento</i>	34569	8,3	96,0
<i>Outros</i>	2025	0,5	96,4
<i>Abandono</i>	6126	1,5	97,9
<i>Não respondeu à chamada</i>	7377	1,8	99,7
<i>Saída contra parecer do Médico</i>	1237	0,3	100,0
Total	414788	100,0	

ESTUDO DA DINÂMICA INTERRELACIONAL

Tabela IX. Distribuição da Idade por Ano

	Idade								Total
	< 18	18 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	75 - 84	85 - 99	> 100	
2007	4304	9008	31240	30701	14409	12502	3986	74	106224
%	4,1%	8,5%	29,4%	28,9%	13,6%	11,8%	3,8%	0,1%	100,0%
2008	3975	8610	29861	30186	13571	11976	3986	49	102214
%	3,9%	8,4%	29,2%	29,5%	13,3%	11,7%	3,9%	0,0%	100,0%
2009	3776	8662	27684	31175	13359	12698	4525	63	101942
%	3,7%	8,5%	27,2%	30,6%	13,1%	12,5%	4,4%	0,1%	100,0%
2010	2357	8034	26376	32932	14807	14229	5588	85	104408
%	2,3%	7,7%	25,3%	31,5%	14,2%	13,6%	5,4%	0,1%	100,0%
Total	14412	34314	115161	124994	56146	51405	18085	271	414788
%	3,5%	8,3%	27,8%	30,1%	13,5%	12,4%	4,4%	0,1%	100,0%

Após efectuar a comparação de idades entre os anos, através do teste One Way ANOVA, verificou-se que há diferenças significativas ($p < 0,001$) entre as idades nos anos estudados. Analisando comparativamente os pares de anos com o teste de Bonferroni, verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os anos em estudo ($p < 0,001$), à excepção de 2007 e 2008 ($p=1,00$).

Ao analisar a distribuição dos casos de Distritos (Fig. 4) por ano e de Níveis de Prioridade (Fig. 5) em relação aos anos, foi possível verificar que ambas apresentam uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Na análise das distribuições dos Níveis de Prioridade por Sexo (Fig. 6) e por Grupo Etário (Fig. 7), verificou-se que as duas relações têm significado estatístico ($p < 0,001$).

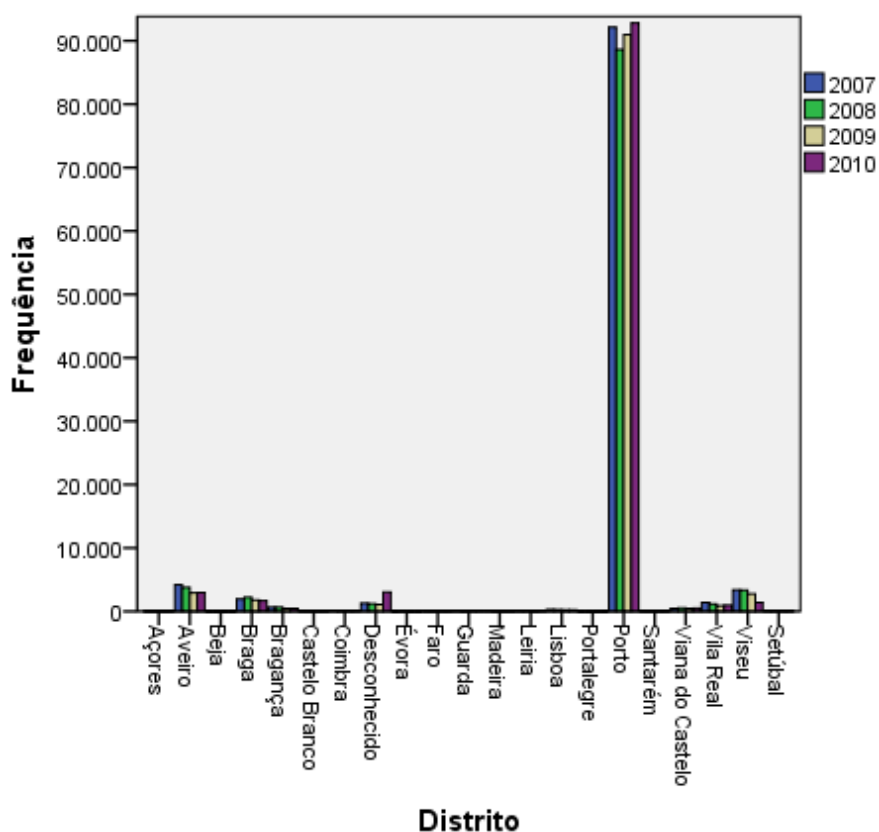


Figura 4. Distribuição dos Distritos por Ano.

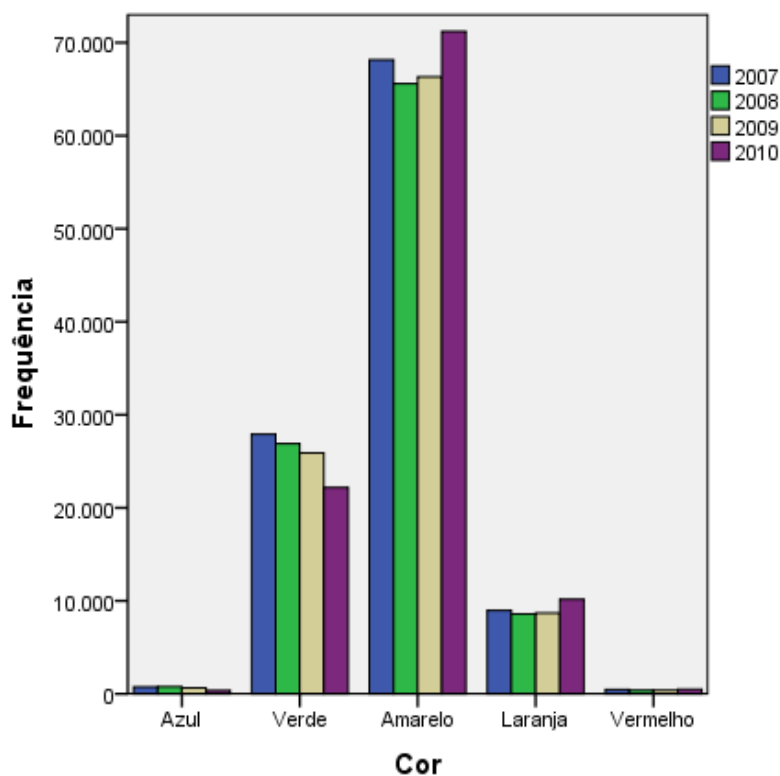


Figura 5. Distribuição dos Níveis de Prioridade por Ano.

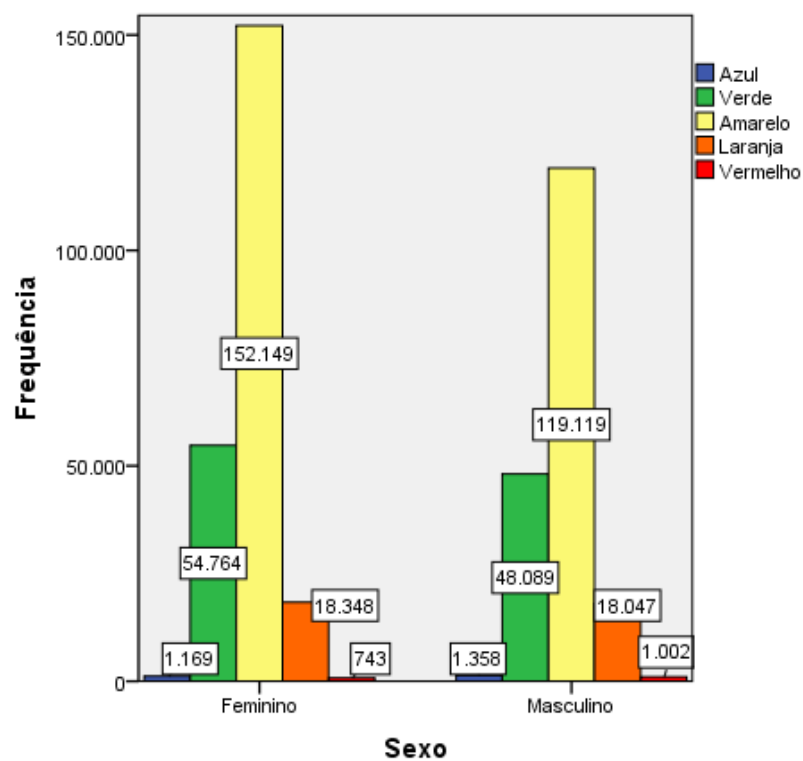


Figura 6. Distribuição dos Níveis de Prioridade por Sexo.

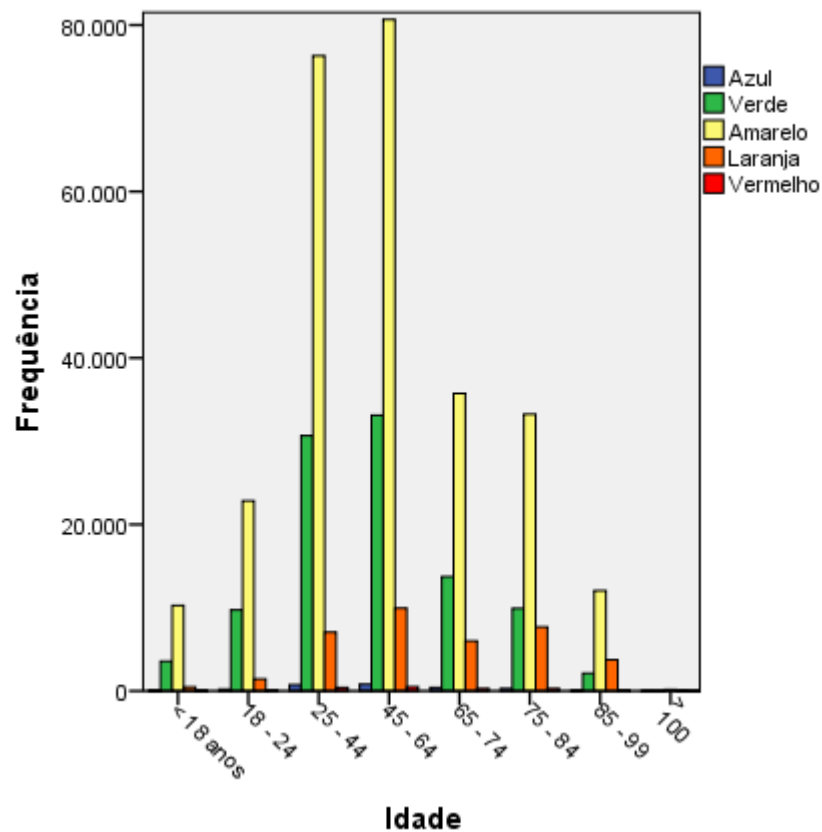


Figura 7. Distribuição dos Níveis de Prioridade por Grupo Etário.

Tabela X. Estudo de Tt segundo os Níveis de Prioridade

		Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho
Tt	Média	153,5590	77,7073	71,0625	44,4330	31,0743
	Mediana	82,6667	52,2000	49,7333	36,5833	23,5333
	Desvio Padrão	187,55031	85,88410	76,84364	40,51253	30,21894
	Mínimo	1,67	2,55	,97	1,30	2,58
	Máximo	1473,10	2243,72	2575,30	1423,50	511,62

Após efectuar a comparação das médias de tempo entre os níveis de prioridade, através do teste One Way ANOVA, verificou-se que há diferenças significativas estatisticamente ($p < 0,001$) entre as mesmas nos diferentes níveis de prioridade. Analisando comparativamente os pares de níveis de prioridade com o teste de Bonferroni, verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre todos os pares de níveis de prioridade ($p < 0,001$).

Partindo das distribuições do Destino da Alta por Ano (Fig. 8) e por Nível de Prioridade (Fig. 9), verificou-se que ambas apresentam uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

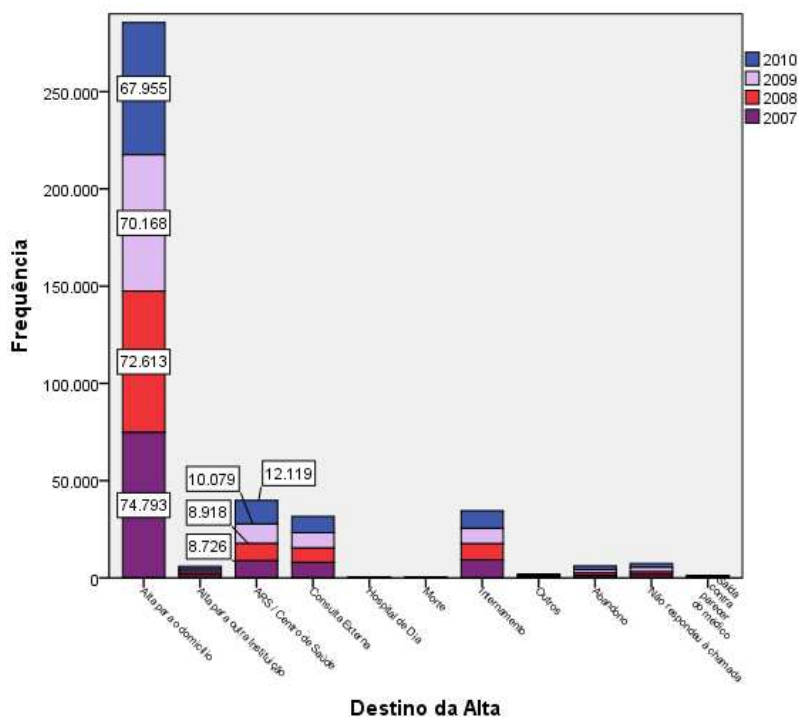


Figura 8. Distribuição do Destino da Alta por Ano.

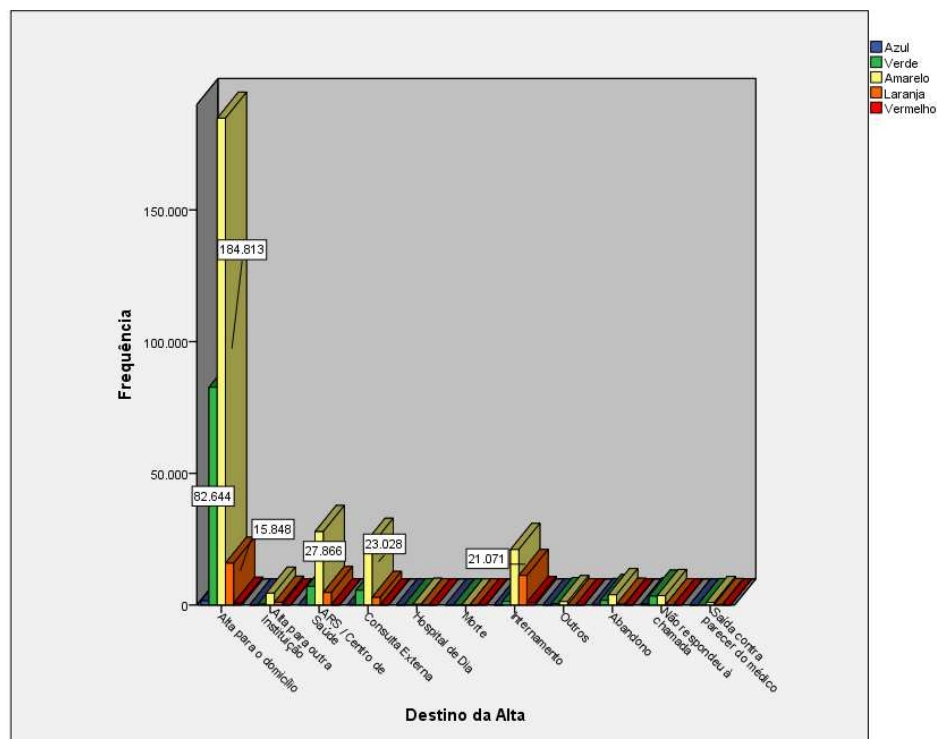


Figura 9. Distribuição do Destino da Alta por Nível de Prioridade.

Discussão

A fim de tentar compreender o desempenho funcional do SU do HSA de uma forma mais abrangente escolhi um intervalo de tempo amplo, de 2007 a 2010, para que, ao incluir um maior número de doentes, a amostra pudesse ter uma margem de erro amostral pequena nos resultados do seu estudo.

Uma vez que a área de referência populacional do SU do HSA é bastante extensa em termos de concelhos, e tendo em conta que a estes se podem ainda somar os concelhos referentes aos doentes não pertencentes à referida área, o grupo total de concelhos que caracterizava a amostra estudada era avultado, de modo que para facilitar o estudo da proveniência dos doentes se optou por avaliar a mesma segundo os distritos de origem.

Relativamente ao tempo passado no SU, foi inicialmente proposta a análise de quatro grupos distintos: T1, T2, T3 e T4. No entanto, de acordo com a análise efectuada, levantou-se a necessidade de criar uma quinta variável, Tt, que inclui todo o tempo que o doente aguarda até ser observado clinicamente e, como tal, permitiria uma análise mais abrangente da espera dos doentes neste serviço.

A amostra estudada é composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, facto que se coaduna com a distribuição da população portuguesa. No que se refere à Idade, verificou-se que a maioria dos indivíduos se encontra na faixa etária da população activa, resultados que estão de acordo com os Relatórios de Contas de 2007 e 2008 do HSA. Contudo, a população portuguesa é actualmente considerada como envelhecida e essa condição verificou-se ao longo dos quatro anos, confirmando-se um aumento das faixas etárias mais velhas e uma diminuição das faixas etárias mais jovens entre todos os anos, à excepção de 2007 e 2008.

Segundo a ARS Norte, a redução do número de episódios de urgência hospitalar entre 2006 e 2009 foi de 10%. A amostra em estudo contém uma parte desse período de tempo, mas o referido decréscimo não se verifica na amostra, sendo que se confirma redução de apenas 1% do número de episódios entre 2007 e 2008, e não se verifica alteração entre 2008 e 2009. Relativamente a 2009 e 2010, a amostra experiencia um aumento da ordem dos 0,6%, aumento esse que pode ser explicado pela inclusão do concelho de Gondomar à área de referência deste hospital, no ano de 2009, à qual não pertencia anteriormente.

A distribuição dos níveis de prioridade permitiu-nos verificar que os níveis mais urgentes (Amarelo, Laranja e Vermelho) são superiores em 2010, relativamente aos restantes anos. Tendo em conta que neste ano o afluxo de doentes é maior, poderá

pensar-se que este aumento se deve à entrada de casos mais graves e, sendo este aumento devido à inclusão do concelho de Gondomar, pode pôr-se a seguinte questão: será que se verificam nesta população características socio-demográficas que justifiquem esta situação?

Apesar de a população deste estudo ser maioritariamente do sexo feminino, verificou-se que os casos emergentes foram mais frequentes em homens. Sendo que as mulheres revelam, na generalidade, uma maior preocupação com a saúde e uma maior adesão a medidas de promoção de saúde e prevenção da doença, será então de esperar que os homens negligenciem mais o seu estado de bem-estar e procurem os serviços de saúde quando a situação é já complicada. Assim, poderá ter importância a sua sensibilização para a componente preventiva dos cuidados de saúde aquando do episódio agudo no SU.

O tempo de espera nos corredores e salas de espera do SU são sempre momentos de angústia para os doentes e seus acompanhantes, sendo também factores relevantes para a evolução clínica da patologia que os leva a procurar este serviço. Assim, seria importante entender se essa demora para a observação clínica é a correcta ou se há doentes que esperam mais do que deviam. Tendo por base os tempos alvo protocolados pela Triagem de Manchester para primeira observação médica, de acordo com a análise da variável Tt, na amostra verificou-se que a média de tempo de espera é para o nível de prioridade Emergente cerca de 31 minutos, para a categoria Muito Urgente 44 minutos e para a categoria Urgente 71 minutos. Contudo, estes dados não tornam possível inferir acerca do tempo de espera, uma vez que o sistema informático calcula este intervalo segundo o tempo decorrido até à realização do registo da informação clínica, após a observação médica.

O relatório de Contas do HSA de 2008 refere que entre 2007 e 2008 a frequência de destinos dos utentes da urgência mantiveram uma estrutura idêntica e tal verificou-se na amostra em estudo. Tomando como exemplo a Alta para o Domicílio, tendo em conta que a maioria dos doentes que se dirige ao SU não se encontra em estado muito grave, é espectável que o seu destino após a observação e respectivos tratamento e/ou aconselhamento seja o Domicílio e tal verifica-se na amostra estudada.

Relativamente à Não Resposta à Chamada, que representa 1,8% do total de destinos da alta, esta é muito mais frequente nos níveis de prioridade triados como menos urgentes, o que poderá mostrar insatisfação ou um recorrer ao SU por outros motivos que não cuidados de saúde. É evidente a necessidade de uma maior sensibilização da população para a necessidade de dar prioridade de acesso aos

cuidados de saúde aos que efectivamente se encontram em estado mais grave, e tal pode ser adquirido não só com os cartazes já afixados pelos corredores como também com panfletos ou com a abordagem do tema quer ao nível dos cuidados primários quer pelos profissionais que acolhem os doentes desde a admissão à triagem.

A Saída Contra Parecer do Médico, que representa 0,3% dos destinos da alta, é um parâmetro que se verificou aumentar progressivamente ao longo dos quatro anos, o que pode traduzir não só uma falsa necessidade de cuidados de urgência a aumentar, potencialmente devida ao défice de cuidados de saúde primários, como também uma maior exigência por parte dos doentes relativamente aos cuidados que lhe são prestados, uma vez que cada vez mais a população tem acesso fácil a informação científica, nem sempre qualificada.

Atenta ainda na variável Destino da Alta, será de esperar que os doentes mais graves morram mais e os doentes menos graves morram menos, premissa que se verificou na generalidade da amostra. Contudo, verificou-se na amostra um número considerável de internamentos nas categorias Verde e Azul. Este facto indicia a possibilidade de: a) um problema não recente (pouco urgente/não urgente) necessitar de um estudo mais detalhado e/ou internamento; b) a enunciação inicial de um problema considerado não prioritário, com subsequente aparecimento de um outro problema após observação clínica, este sim com indicação para internamento.

O SU é, no percurso académico do estudante de Medicina, um local de fascínio, não só pela aprendizagem, mas particularmente pela adrenalina e pela capacidade de resposta imediata que exige, podendo esta influenciar a boa prática clínica a ser conferida aos doentes que por esse serviço passam. É importante para o futuro médico compreender a dinâmica deste serviço, pois tal conhecimento pode facilitar a sua futura integração no corpo clínico que nele trabalha e ao qual rapidamente irá pertencer. Com a realização deste trabalho foi-me possível compreender o quão importante é a organização cuidada e metódica de uma estrutura tão complexa como o SU e o impacto que a sua eficácia terá na vida das populações, que todos os dias a este recorre.

Referências

1. ARS Norte (2010) Produção Hospital. Disponível em URL: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/Producao_Hospitalar.pdf [Acedido a 10/05/20011]
2. Centro Hospitalar do Porto (2009) Relatório e Contas 2008. Disponível em: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/7EDA917F-39EB-4122-8F58-ADAC6A61E628/16791/Relatórioecontas2008final_CHdoPorto.pdf [Acedido a 09/05/20011]
3. Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde nº 18459/MS/06. "D.R. II Série". 176 (06-09-12) 18611-18612.
4. Despacho normativo nº 11/MS/02. "D.R. I série B". 55 (02-03-06) 1865-1866.
5. Despacho nº 19124/MS/05. "D.R. II Série". 169 (05-09-06) 12834.
6. Direcção de Serviços de Planeamento (2001) Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde. Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf> [acedido a 24/03/2010]
7. Grupo de Trabalho de Urgências (2006) Serviço de Urgência, Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes. Portugal, Ministério da Saúde..
8. Hospital Geral de Santo António (2007) Relatório e Contas Janeiro a Setembro de 2007. Disponível em: <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A9659038-6C2F-4936-959D-348A5D46363A/13019/relecontas2007HGSA.pdf> [Acedido a 09/05/20011]
9. Machado H (2008) Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. II Mestrado de Gestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

10. Mackaway-Jones K (1997) Emergency Triage. British Medical Journal Publishing
11. Nortemédico (2002) Dossier Protocolo de Manchester no Serviço de Urgência do Hospital de Santo António. 12: 42-51
12. Oliveira A (2008) Requalificação da rede da urgência/emergência: mudança certa ou errada? Medicina Interna 15:237-244
13. SPIRDUSO, W. W. (1995) Physical dimensions of aging. Champaign: Human Kinetics,.

Sites consultados:

http://www.hgsa.pt/serv_urgengia.php

<http://www.chporto.pt/servicos.php?id=53>

<http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>

Agradecimentos

O meu profundo e terno agradecimento para a realização deste trabalho vai em primeiro lugar para o meu irmão e o meu namorado, sem eles não teria conseguido.

A realização do presente trabalho foi possível graças à ajuda do Serviço de Sistemas de Informação do Hospital de Santo António, colaboração em particular da Engenheira Alexandra Ferreira Cabral, para a disponibilização dos aplicativos necessários à extracção e aquisição dos dados estudados.

Pretendo também agradecer ao meu tutor, Dr Humberto Machado, pela supervisão e orientação da realização deste trabalho.

Ainda uma palavra de agradecimento à Dr. Eduarda Matos, pela orientação, disponibilidade e incansável preocupação.

Por último, aos meus pais e amigos que sempre me deram o apoio necessário para perseverar, o meu humilde Obrigada.



Anexos

Anexo 1. Distribuição dos Distritos por Ano

		Ano				Total
		2007	2008	2009	2010	
Distrito	Açores	30	18	23	33	104
	%	28,8%	17,3%	22,1%	31,7%	100,0%
	Aveiro	4194	3784	2921	2937	13836
	%	30,3%	27,3%	21,1%	21,2%	100,0%
	Beja	8	3	4	1	16
	%	50,0%	18,8%	25,0%	6,3%	100,0%
	Braga	1923	2202	1802	1675	7602
	%	25,3%	29,0%	23,7%	22,0%	100,0%
	Bragança	651	645	454	469	2219
	%	29,3%	29,1%	20,5%	21,1%	100,0%
	Castelo Branco	30	25	20	31	106
	%	28,3%	23,6%	18,9%	29,2%	100,0%
	Coimbra	99	82	59	58	298
	%	33,2%	27,5%	19,8%	19,5%	100,0%
	Desconhecido	1286	1196	1067	3051	6600
	%	19,5%	18,1%	16,2%	46,2%	100,0%
	Évora	5	12	7	6	30
	%	16,7%	40,0%	23,3%	20,0%	100,0%
	Faro	27	30	46	28	131
	%	20,6%	22,9%	35,1%	21,4%	100,0%
	Guarda	65	45	64	66	240
	%	27,1%	18,8%	26,7%	27,5%	100,0%
	Madeira	75	47	34	38	194
	%	38,7%	24,2%	17,5%	19,6%	100,0%
	Leiria	56	52	37	52	197
	%	28,4%	26,4%	18,8%	26,4%	100,0%
	Lisboa	286	268	219	216	989
	%	28,9%	27,1%	22,1%	21,8%	100,0%
	Portalegre	8	6	2	7	23
	%	34,8%	26,1%	8,7%	30,4%	100,0%
	Porto	92147	88632	90985	92819	364583
	%	25,3%	24,3%	25,0%	25,5%	100,0%
	Santarém	29	39	28	28	124

	%	23,4%	31,5%	22,6%	22,6%	100,0%
Viana do Castelo		457	542	470	481	1950
	%	23,4%	27,8%	24,1%	24,7%	100,0%
Vila Real		1394	1159	893	963	4409
	%	31,6%	26,3%	20,3%	21,8%	100,0%
Viseu		3387	3362	2758	1397	10904
	%	31,1%	30,8%	25,3%	12,8%	100,0%
Setúbal		67	65	49	52	233
	%	28,8%	27,9%	21,0%	22,3%	100,0%
Total		106224	102214	101942	104408	414788
	%	25,6%	24,6%	24,6%	25,2%	100,0%

Anexo 2. Distribuição dos Níveis de Prioridade

2.1. Por Ano

		Ano				Total
		2007	2008	2009	2010	
Cor	Azul	740	767	650	370	2527
	%	29,3%	30,4%	25,7%	14,6%	100,0%
	Verde	27904	26882	25898	22169	102853
	%	27,1%	26,1%	25,2%	21,6%	100,0%
	Amarelo	68146	65582	66331	71209	271268
	%	25,1%	24,2%	24,5%	26,3%	100,0%
	Laranja	8970	8580	8683	10162	36395
	%	24,6%	23,6%	23,9%	27,9%	100,0%
	Vermelho	464	403	380	498	1745
	%	26,6%	23,1%	21,8%	28,5%	100,0%
	Total	106224	102214	101942	104408	414788
	%	25,6%	24,6%	24,6%	25,2%	100,0%

2.2. Por Sexo

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Cor	Azul	1169	1358	2527
	%	46,3%	53,7%	100,0%
	Verde	54764	48089	102853
	%	53,2%	46,8%	100,0%
	Amarelo	152149	119119	271268
	%	56,1%	43,9%	100,0%
	Laranja	18348	18047	36395
	%	50,4%	49,6%	100,0%
	Vermelho	743	1002	1745
	%	42,6%	57,4%	100,0%
	Total	227173	187615	414788
	%	54,8%	45,2%	100,0%

2.3. Por Grupos Etários

		Idade							Total	
		< 18	18 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	75 - 84	85 - 99		> 100
Cor	Azul	61	192	726	804	397	279	62	6	2527
	%	2,4%	7,6%	28,7%	31,8%	15,7%	11,0%	2,5%	,2%	100,0%
	Verde	3563	9741	30660	33111	13739	9901	2120	18	102853
	%	3,5%	9,5%	29,8%	32,2%	13,4%	9,6%	2,1%	,0%	100,0%
	Amarelo	10263	22848	76298	80655	35747	33252	12038	167	271268
	%	3,8%	8,4%	28,1%	29,7%	13,2%	12,3%	4,4%	,1%	100,0%
	Laranja	470	1429	7064	9940	5989	7698	3744	61	36395
	%	1,3%	3,9%	19,4%	27,3%	16,5%	21,2%	10,3%	,2%	100,0%
	Vermelho	55	104	413	484	274	275	121	19	1745
	%	3,2%	6,0%	23,7%	27,7%	15,7%	15,8%	6,9%	1,1%	100,0%
Total		14412	34314	115161	124994	56146	51405	18085	271	414788
%		3,5%	8,3%	27,8%	30,1%	13,5%	12,4%	4,4%	,1%	100,0%

Anexo 3. Distribuição do Destino da Alta

3.1. Por Ano

	Ano				Total
	2007	2008	2009	2010	
Alta para o domicílio	74793	72613	70168	67955	285529
%	70,4%	71,0%	68,8%	65,1%	68,8%
Alta para outra Instituição	1719	1362	1319	1512	5912
%	1,6%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%
ARS / Centro de Saúde	8726	8918	10079	12119	39842
%	8,2%	8,7%	9,9%	11,6%	9,6%
Consulta Externa	7936	7458	7856	8376	31626
%	7,5%	7,3%	7,7%	8,0%	7,6%
Hospital de Dia	106	98	83	130	417
%	,1%	,1%	,1%	,1%	,1%
Morte	32	27	26	43	128
%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Internamento	9213	8364	7898	9094	34569
%	8,7%	8,2%	7,7%	8,7%	8,3%
Outros	573	295	254	903	2025
%	,5%	,3%	,2%	,9%	,5%
Abandono	1220	1285	1672	1949	6126
%	1,1%	1,3%	1,6%	1,9%	1,5%
Não respondeu à chamada	1613	1498	2289	1977	7377
%	1,5%	1,5%	2,2%	1,9%	1,8%
Saída contra parecer do médico	293	296	298	350	1237
%	,3%	,3%	,3%	,3%	,3%
Total	106224	102214	101942	104408	414788
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.2. Por Níveis de Prioridade

	Cor					Total
	Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho	
Alta para o domicílio	1564	82644	184813	15848	660	285529
%	,5%	28,9%	64,7%	5,6%	,2%	100,0%
Alta para outra Instituição	9	315	4489	1036	63	5912
%	,2%	5,3%	75,9%	17,5%	1,1%	100,0%
ARS / Centro de Saúde	142	7082	27866	4740	12	39842
%	,4%	17,8%	69,9%	11,9%	,0%	100,0%
Consulta Externa	160	5545	23028	2875	18	31626
%	,5%	17,5%	72,8%	9,1%	,1%	100,0%
Hospital de Dia	1	126	252	38	0	417
%	,2%	30,2%	60,4%	9,1%	,0%	100,0%
Morte	0	1	24	42	61	128
%	,0%	,8%	18,8%	32,8%	47,7%	100,0%
Internamento	39	1360	21071	11209	890	34569
%	,1%	3,9%	61,0%	32,4%	2,6%	100,0%
Outros	33	558	1313	95	26	2025
%	1,6%	27,6%	64,8%	4,7%	1,3%	100,0%
Abandono	184	1730	3915	289	8	6126
%	3,0%	28,2%	63,9%	4,7%	,1%	100,0%
Não respondeu à chamada	387	3355	3580	53	2	7377
%	5,2%	45,5%	48,5%	,7%	,0%	100,0%
Saída contra parecer do médico	8	137	917	170	5	1237
%	,6%	11,1%	74,1%	13,7%	,4%	100,0%
Total	2527	102853	271268	36395	1745	414788
%	,6%	24,8%	65,4%	8,8%	,4%	100,0%