

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes classificados com o discriminador sepsse possível no departamento de emergência

RESUMO | Objetivo: descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes classificados com o discriminador “sepsse possível” do Sistema Manchester de Classificação de Risco em um departamento de emergência terciário. Método: estudo observacional retrospectivo, realizado no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. A amostra foi composta por 1522 pacientes. A coleta de dados foi realizada em dados de prontuário eletrônico. A análise foi realizada com o uso de estatística descritiva. Resultados: O sexo feminino foi majoritário (50,6%), com idade média de 63,7 anos ($\pm 15,48$). A maioria dos atendimentos foi por demanda espontânea (74,1%), com tempos médios de espera para CR e tempo de CR de 3/4 e 4/3 minutos, em 2018 e 2019, respectivamente. Conclusão: É necessário associar o protocolo de classificação de risco, já instituído, outros mecanismos a fim de aprimorar o entendimento e o fluxo assistencial acerca de pacientes potencialmente sépticos.

Descritores: Sepsse; Emergência; Triagem; Perfil Epidemiológico; Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT | Objective: The present study aims to describe the clinical profile of patients classified with the discriminator “possible sepsis” of the Manchester Risk Classification System in a tertiary emergency department. Method: Retrospective observational study, carried out from January 2018 to December 2019. The sample composed of 1522 patients. Data collection was performed using electronic medical records. Analysis performed using descriptive statistics. Results: Females were the majority (50.6%), with a mean age of 63.7 years (± 15.48). Most attendances were by spontaneous demand (74.1%), with average waiting times for risk classification and risk classification time of 3/4 and 4/3 minutes, in 2018 and 2019, respectively. Conclusion: It is necessary to associate the risk classification protocol, already in place, with other mechanisms in order to improve the understanding and care flow about potentially septic patients.

Keywords: Sepsis; Emergencies; Triage; Health Profile; Emergency Nursing

RESUMEN | Objetivo: describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes clasificados con el discriminador “posible sepsis” del Manchester Risk Classification System en un servicio de urgencias de tercer nivel. Método: estudio observacional retrospectivo, realizado de enero de 2018 a diciembre de 2019. La muestra estuvo compuesta por 1522 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante historias clínicas electrónicas. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva. Resultados: el sexo femenino fue mayoritario (50,6%), con una edad media de 63,7 años ($\pm 15,48$). La mayoría de las atenciones fueron por demanda espontánea (74,1%), con tiempos promedio de espera para clasificación de riesgo y tiempo de clasificación de riesgo de 3/4 y 4/3 minutos, en 2018 y 2019, respectivamente. Conclusión: Es necesario asociar el protocolo de clasificación de riesgo, ya existente, con otros mecanismos para mejorar la comprensión y el flujo de atención sobre pacientes potencialmente sépticos.

Palabras claves: Septicemia; Emergencia; Triaje; Perfil Epidemiológico; Enfermería de Urgencias.

Gabriela da Silva Mendonça

Acadêmica de Enfermagem do 10º nível pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.
ORCID: 0000-0003-3138-4548

Rafaela Pinto Alves

Acadêmica de Enfermagem do 10º nível pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.
ORCID: 0000-0001-6413-4292

Rodrigo Madril Medeiros

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Emergência. Enfermeiro de Gestão Assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
ORCID: 0000-0002-8483

Vitor Monteiro Moraes

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista na modalidade Residência pelo Programa de Atenção ao Paciente Crítico da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS
ORCID: 0000-0002-3540-7818

Márcio Neres dos Santos

Enfermeiro. Doutor em Biologia Molecular e Celular. Mestre em Educação. Bacharel e Licenciado em Enfermagem. Titulado em Emergência pelo COBEEM/ABRAMEDE. Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Orientador da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Porto Alegre, RS - Brasil.
ORCID: 0000-0002-4413-9878

Recebido em: 24/05/2022

Aprovado em: 01/08/2022

INTRODUÇÃO

Os departamentos de emergência passaram a ser uma das principais entradas dos usuários ao sistema de saúde, seja pela falta de acesso e/ou não resolutividade de outros níveis de atenção, seja pela falta de regulação dos sistemas de saúde. Entendendo que a emergência é o prin-

principal ponto de apoio da rede de saúde para o atendimento de casos agudos ou crônicos agudizados, o excessivo número de atendimentos não caracterizados como emergências pode impactar negativamente na qualidade dos cuidados prestados nesses serviços de saúde.^{1,2} Na última década, a Organisation for Economic Co-operation and Development registrou aumento nas tendências do número de visitas às salas de emergência em diferentes países e continentes. Em uma década, o número de visitas aos serviços de emergência aumentou cerca de 5,2% (de 29,3 visitas/100 habitantes para 30,8 visitas/100 habitantes).³

Para que os departamentos de emergência consigam atender a essa demanda de forma organizada e identifiquem os riscos à vida, são adotados protocolos de classificação de risco (CR).^{4,7} No contexto brasileiro, é o enfermeiro que legalmente é habilitado para conduzir esse processo.⁴ A CR é realizada na chegada do paciente à emergência. A partir disso, são estabelecidas as prioridades e o paciente é encaminhado para onde ele terá suas necessidades atendidas.^{6,7} Cabe destacar que a CR não preconiza abertura de protocolos clínicos assistenciais e sim a identificação precoce da possibilidade de algum agravo em saúde. As rotinas assistenciais e os protocolos clínicos devem ser estabelecidos após a CR inicial.^{4,7}

Nesse sentido, no ano de 2017, o Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS) e o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) elaboraram e propuseram a inclusão de um discriminador específico para atendimento da sepse em departamentos de emergência na CR pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR). O discriminador incluído, denominado “Sepse possível”, permitiria a identificação ainda na CR de casos potencialmente sépticos.⁸

A sepse é considerada uma disfunção orgânica ameaçadora à vida, decorrente da resposta desordenada do hospedeiro à infecção e que na ocorrência

de distúrbios circulatórios, metabólicos e celulares é capaz de evoluir para o choque séptico, o que eleva sua taxa de mortalidade.⁹ No Brasil, ocorrem cerca de 670 mil casos por ano, sendo a principal causa de morte nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando outras doenças, como o infarto agudo do miocárdio e o câncer. Além disso, apresenta alta mortalidade, chegando a 65% dos casos, enquanto a média mundial é próxima a 30-40%. E, também, é importante pontuar que a mortalidade no Brasil é superior a outros países em desenvolvimento, como Índia e Argentina.^{10,11}

No cenário brasileiro da atenção às urgências, a sepse ganha contornos mais críticos, pois muitos serviços encontram-se superlotados ou possuem recursos insuficientes para o atendimento adequado.^{1,4} Além disso, existem dificuldades no diagnóstico precoce, devido aos seus sintomas iniciais serem semelhantes a outros processos infecciosos.¹² As evidências orientam que o atendimento a sepse deve ser instituído nas primeiras manifestações da doença, assim evitando o agravamento da disfunção orgânica. Para isso, a orientação é o pacote de atendimento à primeira hora com a finalidade de redução da morbimortalidade.^{9,10,13}

Ainda não estão descritos na literatura muitos estudos relacionando o SMCR e identificação precoce de sepse em departamentos de emergência. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes classificados com o discriminador “sepse possível” do SMCR em um departamento de emergência terciário.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, realizado em um departamento de emergência terciário na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. O local

do estudo atende a demandas clínicas, cirúrgicas e ginecológicas, acolhendo cerca de 8.000 atendimentos/mês na CR. Além disso, conta com 64 leitos cadastrados para atendimento, porém, a cada dia cerca de 80 pacientes aguardam por definição clínica no departamento de emergência. A população do estudo foi composta por 1522 indivíduos, número que representa todos os pacientes, entre os anos de 2018 e 2019, classificados com o discriminador “sepse possível” do SMCR no local do estudo. Entretanto, não foram consideradas as classificações de risco a partir do ano de 2020, tendo em vista a pandemia da Covid-19, visto que muitos pacientes contaminados apresentaram quadro séptico decorrente de complicações da doença.

Foram excluídos os atendimentos duplicados na lista gerados por erro no sistema informatizado e pacientes menores de 18 anos. A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2022, por meio do sistema informatizado de indicadores da instituição que gera automaticamente os dados da CR de forma transparente aos colaboradores da instituição. Foram observadas variáveis clínicas e sociodemográficas constantes em instrumento elaborado previamente. Após isso, os dados foram acomodados e tratados em banco de dados no software Excel for Windows versão 2010. A análise foi realizada com o uso do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, por meio de estatística descritiva, utilizando-se de média e desvio-padrão ou mediana e intervalos interquartis, conforme distribuição, para variáveis quantitativas. As variáveis categóricas foram representadas por frequência absoluta e relativa.

No que se refere à logística de atendimento, na chegada ao departamento de emergência onde foi conduzido o estudo, o paciente e seu familiar ou responsável são dirigidos ao guichê da recepção, onde profissionais realizam o cadastramento, abrindo o prontuário

para atendimento no sistema informatizado. Uma vez cadastrado, o nome do paciente constará na lista dos enfermeiros classificadores, que ficam alocados em duas salas específicas para esse fim, chamando o paciente pela ordem de chegada ao serviço. O tempo levado desde a abertura do prontuário eletrônico na recepção até o clique inicial da CR pelo enfermeiro classificador no sistema informatizado é referido aqui como “tempo de espera para CR”. Ao abrir o prontuário do paciente, o sistema informatizado inicia a contagem do tempo de CR, findando a contagem assim que o enfermeiro classificador clica selecionando o encaminhamento do paciente – esse tempo é referido nos resultados como “tempo de CR”.

Quanto ao fluxo de encaminhamento dos pacientes após a CR, aqueles das prioridades clínicas azul, verde e amarelo aguardam pelo atendimento médico no saguão de entrada da emergência. De outra forma, os pacientes das prioridades laranja e vermelha são encaminhados diretamente para salas de urgência e emergência, respectivamente, recebendo atendimento médico imediato. Por definição, todo paciente classificado com o discriminador “sepsse possível” é priorizado como cor laranja, prioridade muito urgente, com tempo estimado para atendimento médico em até 10 minutos.^{7,8} Sendo assim, o “tempo para atendimento médico” é a soma-tória dos outros dois tempos (tempo de espera e tempo de CR), dado que o atendimento se dá de forma imediata.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu o disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Este estudo está vinculado ao projeto intitulado “Identificação de fenótipos clínicos de sepsse no departamento de emergência em um hospital terciário brasileiro” (CAEE: 57544522.6.0000.5530).¹⁴

RESULTADOS

Entre os anos de 2018 e 2019, o departamento de emergência recebeu 108.321 pacientes, sendo 1522 os que foram classificados com o discriminador de sepsse possível. No que se refere à caracterização da amostra, percebeu-se que um pouco mais da metade dos pacientes era do sexo feminino (n = 770; 50,6%), com média de idade de 63,7 anos (DP = ± 15,48). Quanto à procedência dos pacientes, 60,3% eram da capital (Porto Alegre), 32,3% da região metropolitana e 12,4% do interior do estado do Rio Grande do Sul.

A maior parte dos pacientes (n = 1128; 74,1%) chegaram até o departamento de emergência por demanda espontânea, 159 (10,5%) pacientes foram referenciados por meio da rede de saúde através de contrarreferência, 131 (8,6%) tiveram encaminhamento dos ambulatórios da própria instituição

e apenas 103 (6,7%) chegaram transportados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar. Em relação ao serviço de encaminhamento após a CR, foram prevalentes fluxos direcionados à emergência clínica (n = 1258; 82,7%). Dentre os pacientes classificados com o discriminador “sepsse possível”, 995 foram hospitalizados (65,4%), com média de internação de 15,42 dias (Tabela 1).

É importante sinalizar que no SMCR, independentemente do fluxograma atribuído pelo classificador ao paciente, todos são classificados como na prioridade laranja, ou seja, classificados como “muito urgente”, visto que para o discriminador de “sepsse possível” somente essa prioridade pode ser atribuída. Dentre os fluxogramas utilizados pelos classificadores de risco, três foram prevalentes: “mal-estar em adulto” (n = 431; 28,3%), “dor abdominal em adulto” (n = 348; 22,9%) e “dispneia

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes classificados com o discriminador “sepsse possível” do SMCR – Porto Alegre, RS, 2018/2019 (n = 1522).

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana (P25-P75)
Sexo			
Feminino	770 (50,6%)	761(9)	761
Masculino	752 (49,4%)		
Faixa Etária			
15 a 19	15 (1%)	63,7(±15,48)	81
20 a 24	48 (3,2%)		
25 a 29	34 (2,2%)		
30 a 34	52 (3,4%)		
35 a 39	42 (2,8%)		
40 a 44	53 (3,5%)		
45 a 49	66 (4,3%)		
50 a 54	96 (6,3%)		
55 a 59	135 (8,9%)		
60 a 64	178 (11,7%)		
65 a 69	169 (11,1%)		
70 a 74	199 (13,1%)		
75 a 79	173 (11,4%)		
80 anos e mais	262 (17,2%)		



em adulto” (n = 199; 13,1%) (Tabela 2). O tempo de espera entre a recepção e a CR foi de quatro minutos e o tempo entre a CR e o atendimento médico foi de cinco minutos. Já quanto ao tempo despendido para CR, destaca-se o tempo de CR propriamente dito, que apresentou uma mediana de quatro minutos (P25-P75: 2-5) no ano de 2018, tendo otimização do tempo em um minuto no ano de 2019, um ano após a inserção do discriminador “sepse possível”.

Quanto ao desfecho clínico dos pacientes, 65% (n = 995) foram internados na instituição através da emergência, dos quais 56% (n = 557) foram transferidos para leitos de terapia intensiva, 14% (n = 139) transferidos para leitos de unidade de internação e 30% (n = 299) permaneceram internados na emergência até o desfecho de alta hospitalar, óbito ou transferência hospitalar. Alguns pacientes classificados utilizando o discriminador de “sepse possível” (n = 527; 35%) receberam alta da emergência após a consulta médica, embora classificados como muito urgentes (prioridade lanterna) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Em relação às características socio-demográficas da amostra, nota-se discreta predominância de pacientes do sexo feminino, com média de idade de 63,7 anos. Outros estudos utilizando o SMCR mostraram resultados similares a esse no que diz respeito à procura pelos serviços de emergência, nos quais o sexo feminino foi o mais frequente, porém, com menor média de idade das pacientes (39,3 anos e 42 anos, respectivamente).¹⁵⁻¹⁸ Esses achados vão ao encontro do estudo de Knauth e colaboradores¹⁹ sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde diante da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pois podem existir fatores decorrentes do contexto cultural das masculinidades em procurar pelo servi-

Cidade	n (%)	DP	Mediana (P25-P75)
Porto Alegre	918 (60,3%)		
Alvorada	189 (12,3%)		
Viamão	79 (5,2%)	253,6	133,5
Gravataí	74 (4,9%)		
Cachoeirinha	74 (4,9%)		
Interior do estado	188 (12,4%)		
Origem			
Demanda espontânea	1128 (74,1%)		
Referenciamento da rede de saúde	159 (10,5%)		
Ambulatório da instituição	131 (8,6%)	304,4	131
Serviço de Atendimento pré-hospitalar	103 (6,7%)		
Demanda judicial	1 (0,1%)		
Serviço de Encaminhamento			
Emergência Clínica	1258 (82,7%)		
Emergência Cirúrgica	249 (16,4%)	507,3	249
Emergência Ginecológica	15 (1%)		
Internação			
Tempo de internação (dias)	995 (65,4%)	15,42	

DP = Desvio-padrão. P25-P75 = Percentil de 25% e Percentil 75%.
 Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Tabela 2. Fluxogramas e tempos da CR em minutos de pacientes classificados com discriminador “sepse possível” do SMCR – Porto Alegre, RS, 2018/2019 (n = 1522).

Variável	n (%)	Mediana (P25-P75)
Fluxogramas		
Mal-estar em adulto	431 (28,3%)	
Dor abdominal em adulto	348 (22,9%)	
Dispneia em adulto	199 (13,1%)	199
Diarreia e/ou vômitos	87 (5,7%)	
Outros fluxogramas	177 (30%)	
Tempo de espera para CR (minutos)		3 (2018) 4 (2019)
Tempo de CR (minutos)		4 (2018) 3 (2019)

P25-P75 = Percentil de 25% e Percentil 75%.
 Fonte: Dados da pesquisa (2022).

ço de saúde apenas no caso de maior gravidade.^{18,19}

A superlotação observada no departamento de emergência estudado

também foi semelhante a outros estudos.^{1,2,6,17,18} Esse é um problema sistêmico e a sua solução não é pontual ou local, envolve todos os atores da rede

de saúde nos diferentes níveis de atenção.^{1,4} A superlotação não é um problema exclusivo dos hospitais brasileiros e pode ser considerada uma questão de saúde pública global, podendo impactar diretamente no reconhecimento de pacientes com sinais de infecção e suspeita de sepsse.

A pesquisa foi realizada em um serviço terciário, naturalmente regionalizado. Entretanto, essa regionalização acontece a partir das pactuações entre os gestores do sistema através de contrarreferências, porém, apenas 10% dos atendimentos aconteceram por esse sistema. Os resultados do presente estudo são semelhantes a outros estudos, visto que a maior parte da demanda chegou por demanda espontânea e muitos eram oriundos da região metropolitana ou interior do estado, sem contrarreferência.^{1,6,17,18}

Na emergência pesquisada, os profissionais da CR, utilizando o SMCR, conseguiram ser capazes de reconhecer os sinais e sintomas sentinelas de gravidade da sepsse e providenciar a referência imediata para que as primeiras intervenções propedêuticas e terapêuticas pudessem ser iniciadas. O SMCR não visa estabelecer o diagnóstico nosológico, mas sim assegurar que a atenção médica e de enfermagem ocorra de acordo com o tempo de resposta determinado pela gravidade clínica do paciente, baseado em categorias de sinais e sintomas.^{4,7,20} A suspeita inicial de sepsse levantada pelo discriminador do SMCR foi bastante sensível e determinou a abertura do protocolo sepsse. Entretanto, ainda necessitará de estudos adicionais para determinar melhor sua especificidade.

Nesse estudo, os pacientes classificados a partir do discriminador “sepsse possível” não tiveram a abertura do protocolo de sepsse na CR. Esse fato corrobora as orientações do GBCR e do ILAS,⁸ que não recomendam que essa prática seja realizada pelo profissional responsável pela CR, pois isso poderia

Tabela 3. Desfecho clínico de pacientes classificados com o discriminador “sepsse possível” do SMCR – Porto Alegre, RS, 2018/2019 (total de pacientes n = 1522).

Variável	n	Percentual
Alta da emergência	527	35%
Internação	995	65%
Transferência da emergência para UTI	557	56%
Internação na emergência	299	30%
Transferência da emergência para unidade de internação	139	14%
Óbitos	456	46%

P25-P75 = Percentil de 25% e Percentil 75%.
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

comprometer a performance geral do processo de CR e retardar o processo assistencial de outros pacientes em situações agudas ou crônicas agudizadas, tão graves quanto a sepsse.^{7,8} Deve-se ressaltar que a presença dos critérios de sepsse possível podem estar presentes em praticamente todas as prioridades de atendimento. Diante disso, pode haver pacientes passíveis de terem protocolos de sepsse abertos no processo assistencial pós CR.⁸

O número expressivo de internações após a CR utilizando o discriminador “sepsse possível” e a média de dias de internação superior à média da instituição pesquisada (mediana de 10 dias) apontam para a magnitude do problema que enfrentamos com essa doença no Brasil. Entre os anos de 2008 e 2016 foram registrados no DATASUS um total de 100.795.269, 6.612.296 e 1.579.041 de internações por sepsse no país, no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Porto Alegre, respectivamente.²¹ Esse dado vem ao encontro da literatura que apresenta o Brasil entre os países com as maiores taxas de internação e morbimortalidade por sepsse no mundo.^{21,22}

Na análise dos fluxogramas e tempos da CR em minutos de pacientes classificados com o discriminador “sepsse possível” do SMCR segundo as queixas, apresentaram maior percentual de queixa neurológica, respiratória e digestória. Esse achado justifica-se, pois o serviço estudado é um centro de referência para

atendimento de alta complexidade da linha de cuidados do acidente vascular encefálico e cardiovascular. Neste estudo, foi identificado que a relação da escolha dos fluxogramas pelos classificadores e o fluxo de encaminhamento às especialidades de atendimento demandadas pelos pacientes se aproximam de resultados de outros estudos nacionais e internacionais^{23,24} e identificamos que mais da metade dos atendimentos foram realizados pela especialidade clínica. Conforme a literatura, o motivo da internação hospitalar da maioria dos pacientes com sepsse é clínico, onde as complicações clínicas são o motivo de internação na unidade de terapia intensiva mais prevalente, bem como do prolongado período de internação.²¹

Os tempos médios de espera para a CR e tempo de CR são compatíveis com outros estudos que analisam sistemas de triagem.^{6,7,18,20} Um estudo brasileiro avaliou 139.556 pacientes e apresentou tempo de CR inferior (mediana de dois minutos), porém, os tempos de espera e total da chegada até a conclusão da CR foram maiores (medianas de sete e dez minutos, respectivamente).²³ O tempo preconizado pelo SMCR para realização da CR é de três minutos, sendo que o tempo mediano aqui apresentado, no primeiro ano da análise – 2018, foi superior ao recomendado. O tempo maior para CR nos pacientes com o discriminador “sepsse possível” pode ser justificado pela necessidade de um maior nú-

mero de aferições de sinais vitais para definição do discriminador (frequência cardíaca - FC, frequência respiratória - FR, temperatura axilar - Tax, pressão arterial - PA) assim como avaliação da saturação periférica de oxigênio (SpO₂) e falta de familiaridade dos classificadores com o novo discriminador “sepse possível”.^{7,8}

No presente estudo, o tempo de espera para CR e o tempo de CR parecem reforçar o potencial do SMCR como organizador do fluxo e demanda da emergência.^{1,23} Entretanto, assim como em outros departamentos de emergência, os pacientes graves, ou seja, de maior prioridade na CR são, geralmente, atendidos antes mesmo que seu cadastro seja iniciado. A identificação e emissão do boletim de atendimento, portanto, se dão de forma paralela ao atendimento e a CR ocorre de modo retrospectivo, após a estabilização clínica do paciente, podendo esses tempos estarem superestimados, como já sugerido em outros estudos.^{23,25}

Quando avaliado o desfecho clínico dos pacientes atendidos, verificou-se que 65% dos pacientes ingressantes mediante CR utilizando o discriminador “sepse possível” foram internados após admissão na emergência. Esse dado diverge de outro estudo conduzido em um Pronto Socorro no estado de Minas Gerais, cujo objetivo foi analisar o valor de predição do SMCR em relação à evolução clínica, onde 83,5% dos pacientes tiveram alta hospitalar após o atendimento.²⁷ Os achados desta pesquisa sinalizam para desafios ainda presentes na rede de saúde, tais como: dificuldades em regulação e transição do cuidado entre os diferentes níveis de atenção; falta de acesso e acompanhamento de casos crônicos a fim de diminuir os casos crônicos agudizados; e, também, a dificuldade de regulação interna de leitos para evitar “internações na emergência”.

As hospitalizações através dos departamentos de emergência são ex-

pressivas no Brasil.^{1,4,6} Neste estudo, os percentuais de pacientes transferidos para unidades de terapia intensiva ou unidades de internação foram compatíveis com o descrito na literatura.^{11,12,13} No entanto, esses pacientes admitidos, muitas vezes permanecem todo o período da hospitalização e tem alta para o domicílio da própria emergência¹, como constatado nesta pesquisa, onde 30% dos pacientes classificados utilizando o discriminador “sepse possível” e, posteriormente, internados, com média de 15,42 dias, acabaram tendo alta hospitalar da emergência.

Da mesma forma, é necessário enfatizar que o percentual de óbitos foi significativo para o total de pacientes internados através da emergência. As evidências demonstram que a saturação do limite operacional dos departamentos de emergência aumenta consideravelmente a probabilidade de eventos adversos e taxas de mortalidade.^{1,3,4,7} A congestão dos serviços de emergência não se encerra no cenário brasileiro, pois estudos internacionais revelam elevadas taxas de internação hospitalar através da emergência sem, contudo, demonstrar a estratificação de prioridade na CR.²⁰

O (re)conhecimento dos aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes sépticos no âmbito das emergências pode auxiliar a criar parâmetros validados para o planejamento e avaliação desses serviços, reduzindo a crônica crise gerada pela insuficiência da oferta de serviços com a consequente superlotação. O alto percentual de óbitos de pacientes classificados utilizando o discriminador “sepse possível” foi um dos desfechos clínicos mais impactantes deste estudo. Esse achado pode estar associado à redução da qualidade assistencial devido à superlotação. Esse resultado corrobora com outros estudos que demonstram piores resultados clínicos e diminuição da satisfação do paciente associados à superlotação do serviço de urgência, bem como o aumento

da mortalidade associada à superlotação dos serviços de urgência.^{1,2,3,24} Um estudo australiano encontrou resultados que indicam que após dez dias da admissão de um paciente através de serviços de urgência superlotados, há aumento de 43% de mortalidade.²⁸

CONCLUSÃO

O perfil do paciente classificado pelo SMCR com discriminador “Sepse possível” é de indivíduos do sexo feminino, com idade média de 63,7 anos, que chegam ao departamento de emergência por demanda espontânea. O tempo mediano de CR foi superior ao recomendado pelo SMCR apenas no primeiro ano de análise, mas são compatíveis com outros estudos que analisam sistemas de triagem. Houve número expressivo de internações após a CR utilizando o discriminador “sepse possível”, assim como o elevado número de pacientes que não foram transferidos para unidade de terapia intensiva ou internação e do percentual de óbitos, apontando para a magnitude do problema.

O SMCR já foi descrito como uma “poderosa ferramenta” para distinguir pacientes com elevada prioridade de atendimento. Dessa forma, muito além de reconhecer precocemente o paciente com sinais e sintomas sentinelas para a sepse, é necessário também garantir a sua segurança no departamento de emergência e, uma vez que ele precisa de maior intensidade de cuidados, podem ocorrer erros, sujeitos a danos à saúde. Portanto, são necessários estudos mais robustos e com diferentes tipos de análise. Além disso, a possibilidade de associar os protocolos de CR, já instituídos, a outros mecanismos é fundamental a fim de aprimorar o entendimento e o fluxo assistencial acerca da apresentação e reconhecimento precoce de pacientes potencialmente sépticos no departamento de emergência.

Referências

1. Bittencourt RJ, Stevanato A de M, Bragança CTNM, Gottems LBD, O'Dwyer G. Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2020 Jul 27 [cited 2022 Mar 17];54(0):66. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/172895>. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002342.
2. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med*. [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 17];(12):1358-70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x>
3. Berchet C. Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD); 2015. doi: 10.1787/5jrts344crns-en.
4. Santos MN, Ruschel DB, Evaldt JQAQ, Ferigolo MP, Lemos KF. Acolhimento com classificação de risco em emergência: aplicação do Protocolo de Manchester. In: Bresciani HR, Martini JG, Mai LD [organizadores], Associação Brasileira de Enfermagem. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto – Ciclo7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2012. p. 87-116.
5. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Souza CC de, Chianca TCM, Cordeiro Júnior W, Rausch M do CP, Nascimento GFL. Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26:e3005. doi: 10.1590/1518-8345.2205.3005.
7. Mackway-Jones K, Janet M, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2nd ed. Belo Horizonte: Folium Editorial; 2017.
8. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), Instituto Latino-americano de Sepsis (ILAS). Associação entre Sistema Manchester de Classificação de Risco e Protocolo de Sepsis. Nota Técnica 01/2017, de 20 de novembro de 2017 [Internet]. Belo Horizonte: GBCR; 2017 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <http://ilas.org.br/ilas/assets/arquivos/upload/notatecnica.pdf>
9. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *American Medical Association (AMA). Jama*. 2016 Feb 23;315(8):801-810. doi: 10.1001/jama.2016.0287.
10. Instituto Latino-Americano de Sepsis. O que é Sepsis? ILAS [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://ilas.org.br/o-que-e-sepsis.php>
11. Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Carrara FSA, Sousa JL, et al. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): an observational study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2017 Nov;17(11):1180-9. doi: 10.1016/s1473-3099(17)30322-5.
12. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcilio J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Critical Care Medicine*. 2001 Jul;29(7):1303-10. doi: 10.1097/00003246-200107000-00002.
13. Surviving Sepsis Campaign. Surviving Sepsis Campaign Responds to Sepsis-3. Surviving Sepsis Campaign [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SSC-Statements-Sepsis-Definitions-3-2016.pdf>
14. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília* [Internet]. 2013 Jun 13 [cited 2022 Mar 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
15. Zonta FNS, Velasquez PGA, Velasquez LG, Demetrio LS, Miranda D, Silva MCB. Características epidemiológicas e clínicas da sepsis em um hospital público do Paraná. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 18];8(3):224-31. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010016>
16. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(1):26-33. doi: 10.1590/S0104-11692011000100005.
18. Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Association between reception with risk classification, clinical outcome and the Mews score. *REME – Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1077. doi: 10.5935/1415-2762.20180007
19. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WdS. A visão dos profissionais de saúde sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2617-26. doi: 10.1590/S1413-81232012001000011.
20. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20201361. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1361.
21. DATASUS, acesso em: <https://datasus.saude.gov.br/>
22. Viana APP, Machado FR, Lubarino JA de S. Sepsis, um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. São Paulo: COREN-SP; 2017.
23. Anziliero F, Soler BED, Silva BA da, Tancini T, Beghetto MG. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016;37(4):e64753. doi: 10.1590/1983-1447.2016.04.64753.
24. Martins HMG, Cuña LMCD, Freitas P. Is Manchester (MTS) 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. doi: 10.1136/emj.2008.060780.
25. Matias C, Oliveira R, Duarte R, Bico P, Mendonça M, Nuno L, et al. Triage de Manchester nas síndromes coronárias agudas. *Rev Port Cardiol*. 2008;27(2):205-16.
26. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Triage de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm*. 2015 Jan-Fev;68(1):45-51. doi: 10.1590/0034-7167.2015680107p.
27. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Castro MA, et al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc*. 2013;22(1):211-22. doi: 10.1590/S0104-12902013000100019.
28. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department crowding. *The Medical Journal of Australia*. 2006;184(5):213-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00204.x.