

**CM 320**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA  
DE UM HOSPITAL GERAL**

Florianópolis (SC), maio de 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA  
DE UM HOSPITAL GERAL**

GLAUCO DUARTE DA LUZ

ORIENTADOR: Prof<sup>o</sup> Dr. LÚCIO JOSÉ BOTELHO

Florianópolis (SC), maio de 1996.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Lúcio José Botelho, meus sinceros agradecimentos pela orientação e atenção a mim dispensados.

A Flávia Ozorio Pereira, pela indispensável colaboração na idealização e coleta de dados deste trabalho.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Ivan Moritz e ao Dr. Ademir Walckoff, à equipe médica e para-médica do Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos, pelo apoio e incentivo constantes.

A todos aqueles que direta ou indiretamente prestaram sua contribuição à confecção e finalização deste trabalho.

## RESUMO

### ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL.

A expansão do uso dos serviços de emergência (SEs) é um fenômeno registrado e estudado há muitos anos. A principal razão para este fato é a tendência da população em utilizar os SEs para condições clínicas não-urgentes, em preferência aos serviços de atenção primária. Este estudo tem como objetivos: 1) descrever a utilização do SE de um hospital geral; e 2) identificar e analisar os padrões usuais de procura e recebimento da assistência médica de emergência. Foram analisados os atendimentos de 177 pacientes do SE do Hospital Governador Celso Ramos através da aplicação de um questionário, com perguntas dirigidas ao paciente e ao médico assistente. Dezesete por cento do total de casos atendidos foram considerados graves de acordo com a avaliação final do médico assistente. Vinte e três por cento dos pacientes tiveram atendimento imediato, sendo que entre estes, apenas 39 % foram considerados graves de acordo com o médico. Entre os casos graves de acordo com o médico, 86.6 % dos pacientes consideraram sua doença atual grave. Considerando-se o grupo de casos nos quais o paciente avaliou a sua doença como grave, em 65.2 % foi definida a necessidade de atendimento imediato, sendo que entre estes, 59.6 % foram classificados pelo médico como urgências. Entre os motivos da procura dos pacientes pelo SE do HGCR, o mais citado foi a proximidade. A conduta adotada com maior frequência pelo médico assistente foi a prescrição de medicamentos para casa, sendo que 53.7 % dos pacientes atendidos foram encaminhados ao ambulatório. Conclui-se que a utilização deste SE ocorre na maior parte dos casos por condições não-urgentes, ou seja, condições clínicas que poderiam ser manejadas a nível de atenção primária. Há uma correlação positiva entre a avaliação da gravidade pelo médico e pelo paciente na maior parte dos casos graves. Há a necessidade de uma ampla reestruturação do sistema de saúde, para que se possa hierarquizar e otimizar os serviços de assistência à população.

## **SUMMARY**

### **ANALYSIS OF THE VISITS TO A GENERAL HOSPITAL EMERGENCY ROOM.**

The increased use of the emergency services (ESs) is a widely registered and studied phenomenon. The main reason is the tendency of the population in using ESs instead the primary attention services for nonurgent clinical conditions. It is the target of this study: 1) to describe the utilization of ESs in a general hospital; and 2) to identify and to analyse the usual patterns of search and receiving of emergency medical assistance. It was analysed the visits of 177 patients of the Governador Celso Ramos Hospital Emergency Room through the use of a questionnaire directed to physicians and patients. 17 % of the patients were considered in urgent condition according to the medical evaluation. 23 % of the patients were promptly evaluated. 39 % of these ones were considered in urgent condition according to the physician. Among the urgent cases, according to the physician, 86.6 % have considered themselves in urgent condition. Considering the group in which the patient have evaluated the illness like an urgency, 65.2 % defined the need of an immediate evaluation. 59.6 % of these ones were considered in urgent condition by the physician. The most frequent reason of ES search by the patients was the proximity. Prescription of drugs was the most common medical action. 53.7 % of the cases were referred to ambulatory. It can be concluded that the utilization of this ES occurred in most part of times for nonurgent conditions. There is a positive correlation between the evaluation of urgency by the physician and by the patient in most part of the urgent cases. There is the need of a wide restructuration of the health system in attempt to the hierarchy and optimization of the assistance services to the population.

## ÍNDICE

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Summary.....	iv
Introdução.....	01
Objetivos.....	13
Casuística e Métodos.....	14
Resultados.....	18
Discussão.....	29
Conclusões.....	34
Referências.....	36

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a utilização dos serviços de emergência (SEs) da rede pública de hospitais em diversos países tem aumentado notavelmente. Esta situação não é exclusiva dos países em desenvolvimento e tem sido verificada em países desenvolvidos como o Canadá e Estados Unidos, com um aumento nas taxas anuais de utilização de 3 a 4 %<sup>1</sup>.

A tendência da população em procurar os SEs por pequenas lesões e desconfortos em preferência aos serviços de atenção primária (SAP) ou ao seu próprio médico generalista é um fenômeno registrado e estudado há muitas décadas. As razões para estes comparecimentos podem ser compreendidos em proporção à provisão de assistência de saúde à população<sup>2</sup>. Neste sentido, torna-se necessário rever alguns pontos de real importância para o entendimento do contexto da saúde pública no Brasil.

Em 1987, a 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu o conceito de saúde:

*“Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”<sup>3</sup>.*

Este conceito é basilar para entender as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

No âmbito da abordagem deste trabalho, interessa-nos em particular as diretrizes oficiais <sup>4</sup> que explicitam os conceitos de universalidade, equidade, hierarquização e regionalização.

Universalidade é a garantia de que todos os cidadãos devam ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível <sup>5</sup>. Legalmente, o sistema de saúde está universalizado, mas o acesso sofre importantes limitações no subsistema de alta tecnologia. Na rede básica, ocorreu uma grande ampliação da demanda, sem o correspondente aporte financeiro; em consequência, houve uma grande desqualificação no atendimento.

O acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda a população em condições de igualdade, sem qualquer discriminação. Este acesso também deve garantir possibilidades de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Os serviços de saúde precisam estar organizados em níveis de complexidade crescente, potencializando a resolutividade. É fundamental uma articulação adequada entre os níveis do sistema, de modo que haja fluxos de referência claramente normatizados e funcionando de forma automática <sup>6</sup>. A busca por SEs é determinada por necessidades individuais prementes e, por isso, o fluxo desta demanda deve ser completamente livre e sem barreiras burocráticas. A base territorial do serviço precisa estar definida com adscrição da clientela <sup>7</sup>, para um pleno exercício da responsabilidade do serviço com aquela população.

A resolutividade no nível da atenção primária em saúde pode chegar a 90% <sup>8</sup>, se os recursos financeiros, materiais e humanos forem adequados. Aqueles pacientes que não têm seu problema resolvido no nível de atenção primária, precisariam ser corretamente encaminhados. Assim, os ambulatórios e hospitais especializados ficariam livres da demanda



espontânea com a maioria de doenças comuns e poderiam se dedicar aos problemas realmente afetos às suas especialidades.

- A realidade concreta mostra que os níveis de complexidade do sistema de saúde estão completamente desarticulados. O nível de atenção primária em saúde tem escassez de recursos materiais e diagnósticos, recursos humanos mal preparados e mal remunerados; não tem ligação com os outros níveis do sistema de saúde, deixando ao paciente a difícil missão de procurar, por conta própria, consultas especializadas ou internações hospitalares. Muitos hospitais concentram, na mesma instituição, todos os níveis do sistema de saúde, garantindo, no mesmo local, um razoável nível de resolutividade. Por esta razão, aliada a baixa resolutividade na atenção primária em saúde, estão sempre cercados por filas intermináveis,
- reforçando sobremaneira, a “tendência hospitalocêntrica” no Brasil <sup>5</sup>.

O que é uma emergência ? Constitui um risco imediato de vida ou morte e necessita de atenção no prazo de poucos minutos. Mas limitando a definição de emergência neste conceito reduziríamos a população que se apresenta ao SE para cerca de 15 %. Vários tipos de casos devem ser incluídos <sup>9</sup>:

- casos que potencialmente requerem tratamento intra-hospitalar mas não são necessariamente uma ameaça iminente à vida, e
- casos que tenham implicações médico-legais que possam ser urgentes sem ser vitais.

De acordo com o *American College of Emergency Physicians (ACEP)*<sup>10</sup>, a medicina de emergência inclui a tomada de decisão imediata e ação necessária para prevenir a morte ou qualquer outra disfunção para o paciente. É praticada de acordo com a necessidade do paciente, disponível de um modo geral e com a assistência contínua de médicos treinados para o reconhecimento, estabilização, avaliação, tratamento e disposição de pacientes em resposta à doença ou lesão aguda. A população de pacientes é irrestrita e apresenta-se com um largo espectro de condições comportamentais e físicas, muitas vezes não diferenciáveis e

episódicas. A medicina de emergência é praticada primariamente nos SEs, mas inclui responsabilidades extensivas aos sistemas de serviços médicos de emergência e de prontidão para desastres na comunidade.

O médico de emergência é um profissional treinado para atuar:

- 1) no imediato reconhecimento, avaliação, assistência e disposição de pacientes em resposta à doença ou lesão aguda;
- 2) na administração, pesquisa e ensino de todos os aspectos da assistência médica de emergência;
- 3) no encaminhamento de pacientes para serviços de assistência continuada, dentro ou fora de um hospital, conforme a necessidade; e
- 4) no manuseio dos sistemas de serviços médicos de emergência, incluindo as respostas médicas aos desastres e a provisão de assistência aos desastres e emergências na comunidade.

O médico de emergência com qualificações adicionais e/ou competências adicionais frequentemente pode atuar:

- 5) na provisão de consultoria nas áreas de assistência crítica e nas emergências toxicológicas;
- 6) na provisão de serviços de medicina ocupacional continuada, incluindo o manuseio e prevenção de doenças e lesões e na reabilitação de pacientes.

Em 23 de Outubro de 1982, o Conselho Diretor do ACEP endossou as diretrizes para a determinação do que constitui uma visita “apropriada” a um serviço de emergência hospitalar. Estas diretrizes incluem circunstâncias clínicas sob as quais uma visita apropriada seria feita, assim como a declaração introdutória:

*“Nós sentimos que um paciente fez uma visita apropriada ao serviço de emergência quando: há o desenvolvimento de uma condição imprevista de natureza fisiopatológica ou psicológica, a qual uma pessoa leiga prudente, possuindo noções básicas de saúde e medicina, julgaria necessitar de atenção médica urgente e não programada, após a consideração das alternativas possíveis, em um serviço de emergência hospitalar.”*

Os dados epidemiológicos respectivos à utilização dos SEs e às condições críticas ou não-urgentes dos pacientes são bastante conflitantes na literatura. BUESCHING<sup>11</sup> utilizando-se das diretrizes do ACEP em um amplo estudo na Universidade de Illinois sobre o uso de SEs para a determinação de padrões de utilização, refere que a taxa total de uso inapropriado foi de 10.8 %, muito embora variações consideráveis tenham sido observadas entre os três hospitais de Rockford por ele estudados. Segundo o autor, as taxas de visitas inapropriadas foram maiores durante os horários comerciais, devendo-se este fato a maior disponibilidade de fontes alternativas de assistência durante estes períodos.

A superlotação ocasional dos SEs é algo esperado. Pessoas feridas em acidentes de trânsito ou incêndios podem rapidamente lotar um SE e ocupar todo o seu corpo clínico. A natureza imprevisível das visitas à emergência cria picos e vales no volume de pacientes, o que pode transformar rapidamente um SE vazio em uma área de superlotação<sup>14</sup>. Estes são os seus padrões normais, que contribuem para a exaustão e o estresse daqueles que trabalham em medicina de emergência.

Dado o imprevisível fluxo e refluxo das necessidades de assistência de saúde em emergência, estas situações podem acontecer ocasionalmente mesmo nas instituições mais ágeis e bem estruturadas. Entretanto, este problema tem se tornado a regra em muitos hospitais<sup>1, 2, 13, 15, 17, 19, 22</sup>. Os SEs estão geralmente repletos de pacientes internados e acomodados em macas. Enfermeiros especialmente treinados para os cuidados de emergência dispendem quase todo o seu tempo provendo cuidados de enfermagem para os pacientes internados. Os médicos de emergência estão, deste modo, ficando sem condições de trabalho pela falta de espaço e pela falta de recursos humanos em enfermagem para a assistência de emergências. O tempo de espera dos pacientes ambulatoriais vindos à emergência aumenta.

A população que se apresenta aos SEs está aumentando no Brasil assim como em outros países <sup>13</sup>, mas “*não há dúvidas que o número de reais emergências é mais baixo do que o número de pacientes atendidos*” <sup>12</sup>.

O volume total de visitas ao SE tem crescido em desproporção ao aumento concomitante das admissões hospitalares, às visitas ambulatoriais, ou ao crescimento populacional nas respectivas áreas circunvizinhas aos hospitais. O principal aspecto desta tendência tem sido a proporção de crescimento das visitas aos SEs por uma grande variedade de condições não urgentes <sup>15</sup>.

Vários fatores têm sido mencionados em relação à dificuldade que os pacientes encontram para ter acesso aos médicos generalistas dos serviços de atenção primária e, a este respeito, os sistemas de marcação de consultas têm sido mencionados <sup>2</sup>.

Segundo ELLIOTT<sup>17</sup>, dois terços dos atendimentos em SEs são realizados no período noturno, na madrugada e nos finais de semana. A disponibilidade dos SEs ajusta-se ao expediente de trabalho e coincide com a indisponibilidade dos serviços médicos ambulatoriais públicos e privados, sendo estes os prováveis fatores responsáveis pelo aumento do uso nestes períodos. A este respeito, os SEs têm servido de válvulas de escape para o sistema de assistência primária, encobrindo falhas na acessibilidade. Por sua vez, os hospitais têm absorvido o aumento no fluxo de atendimentos, sem no entanto, confrontar suas causas.

ASKENAZI <sup>12</sup> refere que pacientes ambulatoriais vêm diretamente ao SE com certa frequência, mesmo tendo seu médico de família. Isto é explicado pela convicção de que os SEs oferecem mais facilidades (raios-X, análises laboratoriais). Em outras palavras, os pacientes estabelecem com um certo exagero os termos de suas investigações.

TORRENS e YEDVAB <sup>20</sup> afirmam que os SEs exercem três papéis importantes na assistência ao paciente: 1) são centros de tratamento do trauma; 2) provisão de profissionais

médicos substitutos quando o médico pessoal não está disponível; e 3) são uma fonte de assistência primária para a população pobre dos centros urbanos.

Um fato especialmente destacável é a *função de filtro* dos SEs, observando-se uma alta porcentagem de pacientes (58 a 80 %) que se encaminham diretamente a estes serviços<sup>17,19</sup>. Estes dados podem sugerir um déficit na educação sanitária da população e/ou uma insuficiência dos serviços médicos de atenção primária, como elemento-ponte fundamental entre o doente e o hospital para o uso racional dos recursos disponíveis. Entretanto, estes aspectos não podem ser atribuídos exclusivamente às deficiências do sistema sanitário ou às características da população, já que este é um fenômeno observado em diversos países como os EUA e Reino Unido<sup>18,21</sup>.

Evidências têm sido publicadas, as quais mostram grandes variações nas proporção de usuários. ULLMAN<sup>23</sup> verificou que os usuários assíduos possuem características diferentes em relação àqueles que utilizam o serviço apenas uma vez por ano. É demonstrado que os chamados usuários regulares representam pelo menos 44 % dos visitantes que procuram assistência, realizando uma ou mais visitas no prazo de 12 meses. Estima-se que em média 20 % dos usuários façam mais do que três visitas no mesmo período<sup>17</sup>. Isto sugere que possa haver um grupo de pessoas para as quais os serviços de assistência primária não estão disponíveis ou um grupo que tenha escolhido voluntariamente receber mais do que a assistência primária nos SEs.

Estudos comparativos têm sugerido uma baixa representatividade no uso do SE de hospitais vicinais pelas classes sociais mais altas quando está disponível um recurso de melhor qualidade, mesmo que seja mais distante. Esta parcela da população tem mais opções disponíveis, visto o seu conhecimento das fontes alternativas de assistência de saúde, sua habilidade em enfrentar o sistema e seus recursos financeiros para prover custos adicionais<sup>20</sup>.

É descrito que idades mais baixas, nível educacional mais elevado e a falta de vínculo com um médico em particular estão especificamente associadas com o uso não urgente dos SEs. Pode-se inferir que estas variáveis sejam inter-dependentes e inter-relacionadas <sup>17</sup>.

A única conclusão que tem permanecido incontestável é que os padrões relacionados ao uso do SE variam de acordo com o contexto social e com a localização <sup>22</sup>. Estudos adicionais são necessários para determinar os efeitos das várias configurações das características econômicas, raciais e em relação à assistência médica. Segundo alguns autores <sup>17-19, 21</sup>, os SEs atuariam como substitutos para outros serviços de assistência ambulatorial. Evidências fragmentárias sugerem, entretanto, que não há uma relação direta entre a disponibilidade dos serviços médicos e o volume de visitas aos SEs.

Analisando os diagnósticos de um SE é possível estimar o número de visitas desnecessárias eliminando os pacientes que poderiam ter sido avaliados 12 horas ou até mais tarde em ambulatório. Poderia-se dizer que manifestações psicossomáticas, doenças virais comuns, reações alérgicas não complicadas e contusões traumáticas simples não têm lugar num SE. Neste caso, pelo menos 35 % da população do SE poderia ser eliminada. Mas estas decisões requerem investigação das queixas principais de cada paciente. Usando somente o diagnóstico como critério, despreza-se o importante conceito de desconforto agudo, o qual é uma das razões principais dos atendimentos em SEs. É descrito que partindo-se da queixa principal, 18 % das visitas podem ser consideradas desnecessárias, mas ainda sujeitas a um considerável risco de erro <sup>12</sup>.

Algumas pesquisas têm documentado uma diminuição substancial no número de visitas aos SEs paralelamente a um aumento considerável na proporção de médicos de assistência primária para a população <sup>25</sup>. Há indicativos de que a habilidade em identificar um médico pessoal está significativamente associada com taxas mais baixas de visitas inapropriadas aos SEs <sup>11</sup>.

Nos dias de hoje, as pessoas estão convencidas de que os SEs podem oferecer ajuda imediata quando estão em sofrimento real ou quando consideram estar em situações agudas. Pode-se dizer que em relação ao paciente que vem pela primeira vez ao SE por uma determinada queixa, seus sintomas geralmente justificam uma avaliação cuidadosa<sup>12</sup>. A única maneira de reduzir o número de pacientes que se apresentam à emergência seria uma avaliação primária por clínicos gerais fora do SE. Esta idéia deveria ser encorajada, mas o acesso aos SEs deve permanecer livre a todos os pacientes que pensam precisar do mesmo. De outro modo, conseqüências sérias para os pacientes seriam inevitáveis.

A análise de dados e de experiências operacionais disponíveis na literatura<sup>2, 15</sup> conduzem à suposição que alguns fatores principais e outros subordinados poderiam ser responsáveis pelo uso crescente dos SEs para condições não-urgentes. As dificuldades econômicas e de acesso a informações enfrentadas especialmente pela população carente, associado à estrutura relativamente inflexível da prática médica especializada moderna, residência em período recente nas respectivas áreas de serviço hospitalar e a falta de um relacionamento regular com um médico em particular são os fatores descritos mais importantes que afetam a proporção de casos urgentes e não-urgentes. Entre outras variáveis envolvidas, estão a idade, estabilidade residencial, grupos minoritários, a proximidade e acessibilidade geográfica da residência do paciente em relação ao hospital, residência no centro das cidades, o uso prévio do SE, conhecimento da provisão dos serviços em regime de 24 horas por dia, visitas freqüentes, e a percepção do próprio paciente de que a sua condição requer assistência especial.

MUIÑO MIGUEZ<sup>19</sup> descreve alguns critérios para a justificação da assistência em um SE. Considera-se justificada a assistência quando está evidente algum dos seguintes critérios:

- 1) sintomatologia intensa de recente começo, 2) processos diagnosticados em meio extra-

hospitalar que requerem atenção especializada urgente, 3) necessidade de exploração complementar de urgência, e 4) descompensação em paciente com doença de base grave.

Estudos prévios da utilização dos serviços de emergência têm confiado na classificação de urgência baseados em análises retrospectivas dos médicos sobre o processo da doença ou critérios de risco de vida ou morte <sup>15</sup>. Estes estudos tipicamente encontraram a porcentagem de visitas não-urgentes entre um e dois terços. As diretrizes da ACEP (1982), entretanto, dão maior importância à percepção do paciente na decisão de iniciar uma visita ao SE e à disponibilidade de fontes de assistência alternativas apropriadas.

A triagem como técnica de separação inicial tem a intenção de fornecer uma avaliação médica rápida para todos os pacientes, determinar o tipo e necessidade do serviço mais adequado e efetuar encaminhamentos apropriados. Este tipo de programa tem sido amplamente descrito e avaliado <sup>16</sup>.

Desde os anos da década de 60, a triagem ou processo de seleção tem permeado todas as áreas da prática médica, medicina de emergência, cirurgia do trauma, pediatria, psiquiatria, entre outras. Esta prática diz respeito a um paciente em particular, muito diferente da prática da triagem militar em campos de guerra, onde a assistência é fornecida através de setores médicos dispersos e hierarquizados em ordem crescente de sofisticação. A triagem ocorre em cada serviço em relação ao tratamento e processo de evacuação e usualmente mais de uma vez por paciente em cada setor hierarquizado. Além disso, cada paciente deve ser priorizado quando for designado para o tratamento ou evacuação do setor <sup>27</sup>.

Hoje em dia, especialistas em medicina de emergência são aqueles que necessitam mais freqüentemente tomar decisões em um número incontável de situações em serviços de triagem. As decisões em triagem são influenciadas não somente pela apresentação do caso individual, mas igualmente pela capacidade da assistência médica e dos setores subsequentes dentro do sistema hierárquico. Sem uma capacidade sólida de triagem em cada unidade



médica, o sistema hierárquico tende a falhar no sentido de prover a assistência ideal, mesmo contando com profissionais de alta competência <sup>6</sup>.

Estudos prévios <sup>15</sup> referem que apesar do sucesso dos programas de triagem em reduzir o congestionamento nas áreas de tratamento de emergência, em acelerar o fluxo do atendimento de pacientes e em melhor direcionar os pacientes à procura de recursos médicos mais adequados, uma grande proporção de casos não-urgentes continuam a caracterizar a rotina dos SEs.

Colocamos em questão o seguinte: *“Qual a explicação para o enorme crescimento na utilização dos serviços de emergência?”* A literatura <sup>22</sup> não só deixa a questão sem resposta, como fornece poucos subsídios. Claramente, estudos adicionais são necessários. Em uma revisão de literatura <sup>28</sup>, é sugerido o real questionamento a ser feito: *“Por que as pessoas escolhem o serviço de emergência ao invés de outra fonte de assistência?”* Em âmbito geral, há duas razões: 1) é o lugar apropriado para uma emergência ou condição urgente (ou seja, outros lugares seriam menos adequados devido às condições do paciente e os recursos necessários para tratá-lo); ou 2) outras fontes de assistência não podem ser usadas, seja porque elas não existam no respectivo local ou porque, embora ela exista, a mesma não está acessível ao paciente no momento em que o tratamento é necessário.

A partir destas afirmações, poder-se-ia esperar que todos os SEs fossem usados apropriadamente a maior parte do tempo e que os pacientes apresentassem quadros clínicos que necessitassem dos recursos de um SE.

Poucos estudos comparativos tem sido realizados a respeito das características dos pacientes de acordo com a urgência de suas condições, dos padrões variáveis dos cuidados médicos procurados pelo paciente no momento em que este considera sua situação como crítica, e das características demográficas da população de pacientes dos SEs no sentido de identificar os padrões usuais de procura e recebimento dos cuidados médicos de emergência.

Há necessidade de soluções urgentes, visto as altas taxas de crescimento anual dos atendimentos de pacientes nos serviços de emergência hospitalar, assim como dos custos crescentes que os mesmos representam para o sistema de saúde<sup>2</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

Os objetivos do presente trabalho foram:

1. descrever a utilização do serviço de emergência de um hospital geral; e
3. identificar e analisar os padrões usuais de procura e recebimento da assistência médica de emergência.

### **3. CASUÍSTICA E MÉTODOS**

O Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), situado no centro da cidade de Florianópolis, é um hospital geral de 254 leitos. O Serviço de Emergência (SE), objeto do presente estudo, é responsável por aproximadamente 50.000 atendimentos por ano em seus três setores (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Traumatologia), atendendo a população em geral com idade acima de 15 anos de forma irrestrita.

O quadro de pessoal médico do SE do HGCR é constituído no período matutino, por 2 médicos clínicos gerais, 1 médico cirurgião, 1 médico residente em Clínica Médica e 1 aluno de Medicina. Nos períodos vespertino e noturno, mantém-se basicamente o mesmo quadro, a não ser pela presença de 1 médico clínico geral. O aluno estagiário permanece no SE até o horário de 24 h. O quadro de pessoal para-médico é constituído por 6 profissionais em enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares). Nos períodos diurnos, há a presença de um assistente social.

O presente trabalho é um estudo descritivo, exploratório, transversal e contemporâneo. A amostra foi colhida de forma aleatória, no período compreendido entre 19 de Agosto de 1993 e 20 de Janeiro de 1994, com uma freqüência de dois dias por semana e com uma carga horária de 4 horas por dia.

O protocolo de estudo foi aplicado por algum dos componentes da equipe médica de plantão. A entrevista foi feita sempre que possível com o próprio paciente, salvo os casos de impossibilidade, sendo então as respostas obtidas de um acompanhante.

Foi aplicado um questionário que continha um cabeçalho com caracteres epidemiológicos gerais do paciente (sexo, idade, procedência, profissão, escolaridade), 5 questões dirigidas ao paciente ou acompanhante e 4 perguntas aplicadas ao médico de plantão. As questões aplicadas ao paciente foram:

- 1. Sua doença atual é grave ?*
- 2. Considerando a doença atual, sente-se doente há mais de 30 dias ?*
- 3. Qual o tempo entre o início da doença atual e o momento de decisão à procura do SE (“tempo de decisão”) ?*
- 4. Considerando a doença atual, quanto tempo poderia esperar pelo atendimento após preencher a ficha no setor de admissão (“tempo aceitável de espera”) ?*
- 5. Por qual motivo você escolheu este SE em particular ?*

As questões dirigidas ao médico foram:

- 1. A doença atual é grave ?*
- 2. Qual a sua conduta em relação à doença atual neste momento ?*
- 3. Qual o encaminhamento a ser dado ao paciente ?*
- 4. Este caso é uma emergência, urgência ou não-urgência ?*

Para possibilitar o estudo da variável procedência, esta informação foi agrupada em 12 categorias distintas, a saber:

- 1. Centro:* incluindo-se os bairros Morro do Horácio e Prainha.
- 2. Bairros Adjacentes:* Agronômica, Itacorubi, Pantanal, Saco dos Limões, Saco Grande, Santa Mônica e Trindade.
- 3. Leste da Ilha:* Lagoa da Conceição e Barra da Lagoa.
- 4. Norte da Ilha:* Cacupé, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Rio Vermelho, Vargem do Bom Jesus e Vargem Grande.

5. *Sul da Ilha*: Campeche, Costeira do Pirajubaé, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares e Tapera.
6. *Bairros do Continente*: Abraão, Capoeiras, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico e Monte Cristo.
7. *Grande Florianópolis - Biguaçu*
8. *Grande Florianópolis - Palhoça*
9. *Grande Florianópolis - São José*
10. *Outros Municípios*: todas as localidades não citadas acima, pertencentes ao Estado de Santa Catarina.
11. *Fora do Estado*
12. *Ignorado*.

As informações em relação à variável profissão foram classificadas de acordo com as seguintes categorias:

1. *Aposentado*
2. *Desempregado*
3. *Estudante*
4. *Indústria e Comércio*
5. *Prestação de Serviços*
6. *Serviços Domésticos*
7. *Outros*.

A partir do registro do horário de chegada na ficha de atendimento pelo escriturário do SE, foi calculado quanto tempo o paciente aguardou na sala de espera até ser chamado, sendo esta variável denominada “tempo de espera”. O cálculo foi feito subtraindo-se o horário de chegada do horário de chamada por um dos membros da equipe médica de plantão.

Para a avaliação da gravidade pelo médico de plantão, utilizou-se o critério proposto por Weinerman <sup>15</sup>, que classificou as diferentes situações nas quais os pacientes apresentam-se ao SE em três categorias:

1. *Emergência*: Condição que requer atenção médica imediata; a prorrogação do atendimento é prejudicial ao paciente; a doença oferece risco de vida ou prejuízo funcional.

2. *Urgência*: Condição que requer atenção médica no período de poucas horas; há riscos se o paciente não for assistido por um médico; a doença não é necessariamente severa.

3. *Não-urgência*: Condição que não requer os recursos de um SE; encaminhamento para cuidados médicos de rotina podem ou não ser necessários; a doença não é aguda e é menor em severidade.

Todos os casos classificados como emergência na avaliação da gravidade pelo médico de plantão foram considerados como doença atual grave.

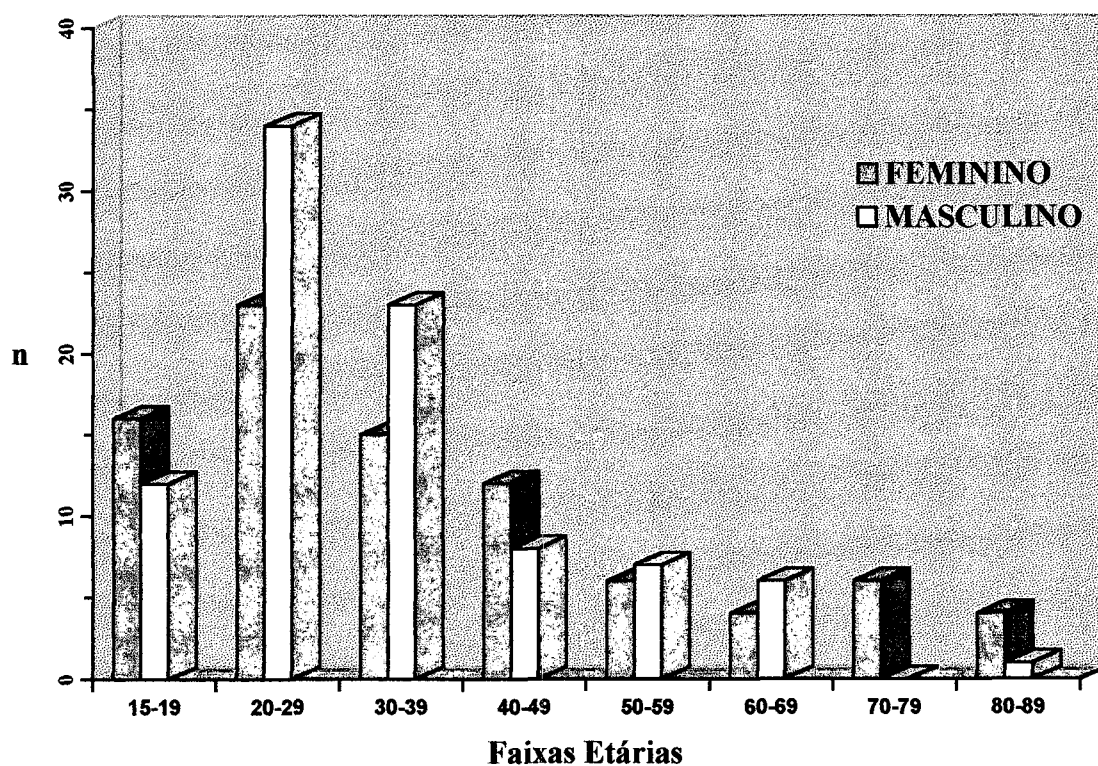
Em todos os casos nos quais foi necessário solicitar o auxílio de um acompanhante para responder às questões, a auto-avaliação do paciente em relação à doença atual foi classificada como grave.

Os casos em que não houve preenchimento de algum item, deveram-se principalmente às condições de movimento no SE, que dificultaram a aplicação completa do questionário.

Os dados foram tabulados e analisados em um PC-486. Foram utilizados os programas Epi Info 6.02, Microsoft Excel 5.0 e Microsoft Word 6.0.

#### 4. RESULTADOS

Foram registrados 177 pacientes atendidos no Serviço de Emergência (SE) do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) no período estudado, sendo 91 (51.4 %) do sexo masculino e 86 (48.6 %) do sexo feminino. 95 pacientes (53.6 %) estavam compreendidos na faixa etária de 20 a 39 anos, fato este relativo a ambos os sexos (Figura 1).

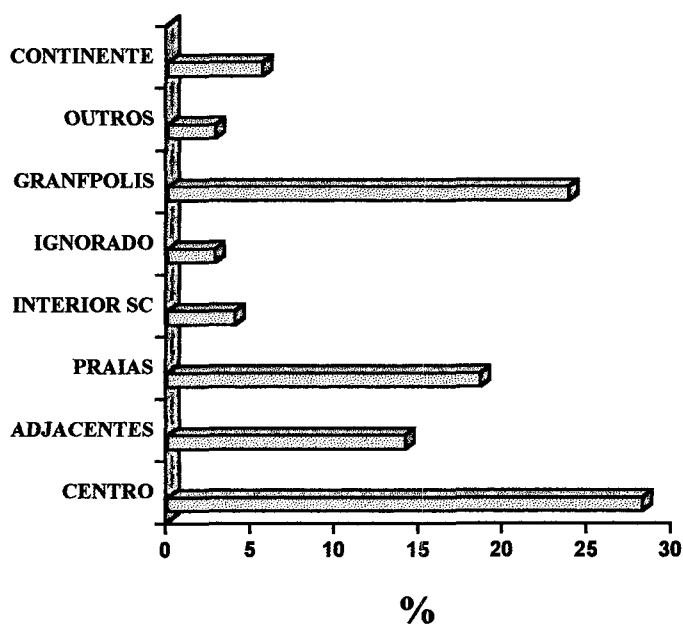


*Figura 1:* Faixas etárias dispostas de acordo com o sexo dos pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. As colunas escuras representam o sexo feminino e as colunas claras o sexo masculino. No eixo das ordenadas está quantificado o número de casos (n) e no eixo das abscissas estão dispostos os intervalos de idade. Levantamento de 177 casos. Florianópolis, SC, 1994.



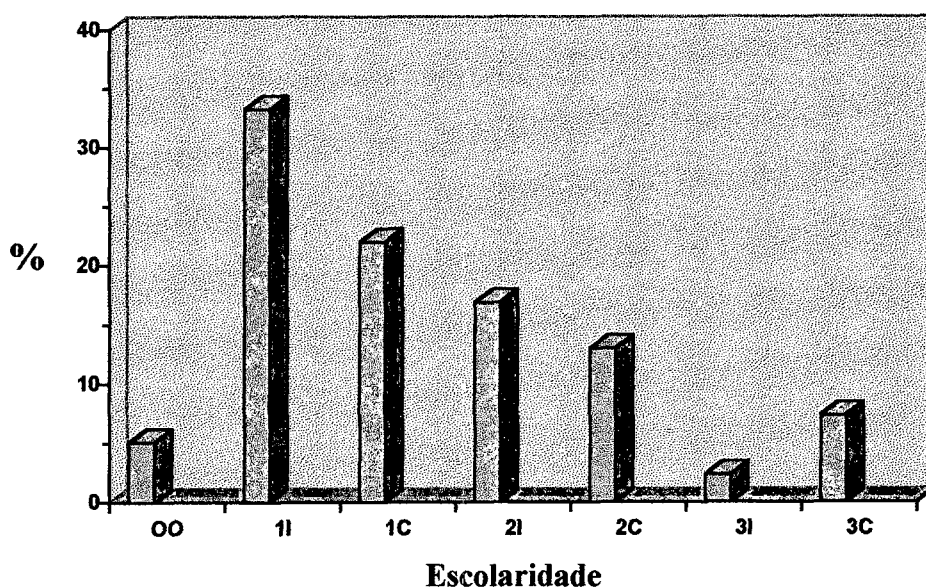
Em 12 casos (6.8 %), as respostas foram fornecidas por algum acompanhante, dadas as más condições clínicas do paciente.

Em relação à variável procedência, observou-se um real predomínio da população residente circunvizinha ao HGCR (28.2 %) (Figura 2). Considerando-se o Centro e os Bairros Adjacentes conjuntamente, a representação foi de 42.3 %. O município de Florianópolis estava representado por um total de 66.5 % dos atendimentos, sendo que a soma dos casos advindos dos outros municípios da Grande Florianópolis foi de 23.8 %, destacando-se entre eles São José (15.3 %, n= 27). A análise em relação à população residente nas praias e freguesias do Norte, Sul e Leste da ilha, mostrou um índice de 18.6 % (n= 33) do total de casos.



**Figura 2:** Procedência dos pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. No eixo das abscissas estão dispostas as diferentes procedências e no eixo das ordenadas estão quantificadas as porcentagens. Levantamento de 177 casos. Florianópolis, SC, 1994.

Quanto ao nível de escolaridade (Figura 3), observou-se que 5 % (n= 9) da população total estudada não é alfabetizada, 33 % (n= 59) cursaram o 1º grau incompleto e 22 % (n= 39) chegou a completá-lo. 13 % (n= 23) completou o 2º grau e somente 7.3 % dos pacientes atendidos possui nível superior de escolaridade.



**Figura 3:** Nível de escolaridade dos pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. No eixo das ordenadas estão dispostas as porcentagens e no eixo das abscissas estão os diferentes graus de escolaridade: não-alfabetizados (OO), 1º grau completo (1C) ou incompleto (1I), 2º grau completo (2C) ou incompleto (2I) e 3º grau completo (3C) ou incompleto (3I). Levantamento de 177 casos. Florianópolis, SC, 1994.

A categoria ocupacional que se mostrou mais freqüente foi a dos prestadores de serviços (60.4 %, n= 107), seguida por serviços domésticos (13%, n= 23) (Tabela 1). Chamou-nos a atenção o fato que, em relação à população feminina total nesta amostragem, 73.2 % (n= 63) estão inseridas no mercado de trabalho. O índice de pacientes aposentados foi de 9 % (n= 16).

**Tabela 1**

**Categorias Ocupacionais descritas entre os pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos.**

<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aposentados	16	9.0
Desempregados	02	1.1
Estudantes	16	9.0
Indústria e Comércio	12	6.8
Prestação de Serviços	107	60.5
Serviços Domésticos	23	13.0
Outros	01	0.6
<i>TOTAL</i>	<i>177</i>	<i>100</i>

n= número de casos

**Fonte:** levantamento de 177 casos atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, SC, 1994.

Entre os meios de transporte mais utilizados pelos pacientes na vinda ao SE, estão o carro próprio (35 %, n= 62) e o ônibus (22.6 %, n= 40), sendo que 4.5 % (n= 8) vieram ao HGCR de taxi (Tabela 2).

**Tabela 2**

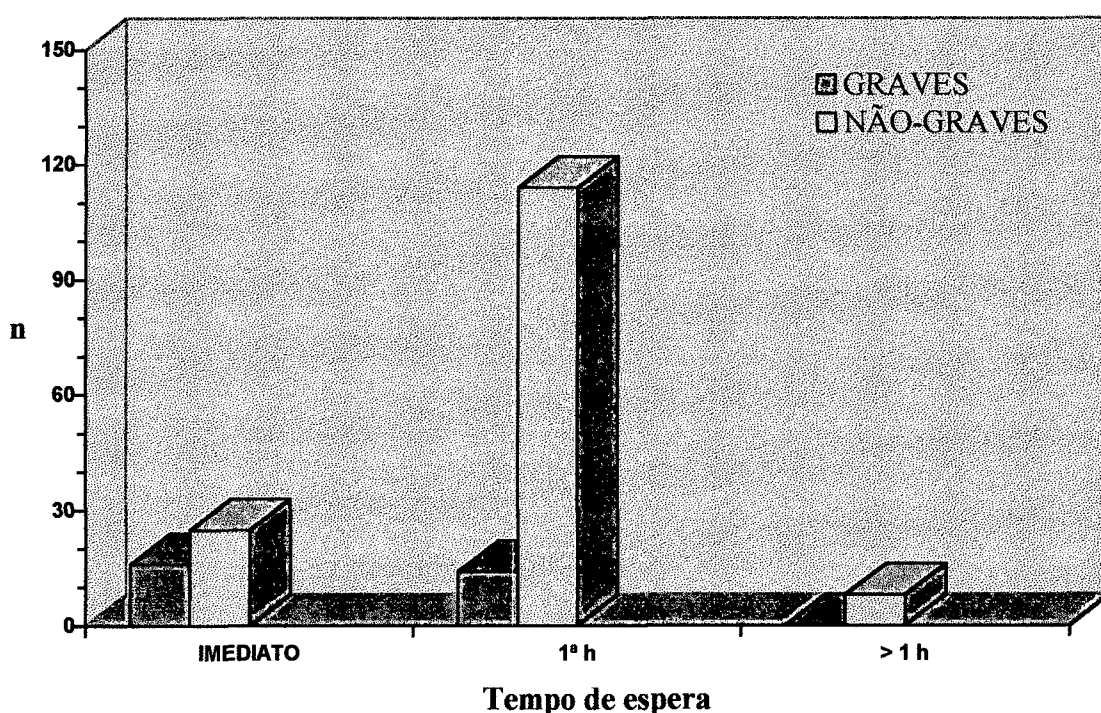
**Meios de transporte mais utilizados pelos pacientes na vinda ao Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos.**

<b>TRANSPORTE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Carro Próprio	62	35.0
Ônibus	40	22.6
A pé	24	13.6
Ambulância	11	6.2
Taxi	08	4.5
Polícia	07	4.0
Outros	25	14.1

n= número de casos.

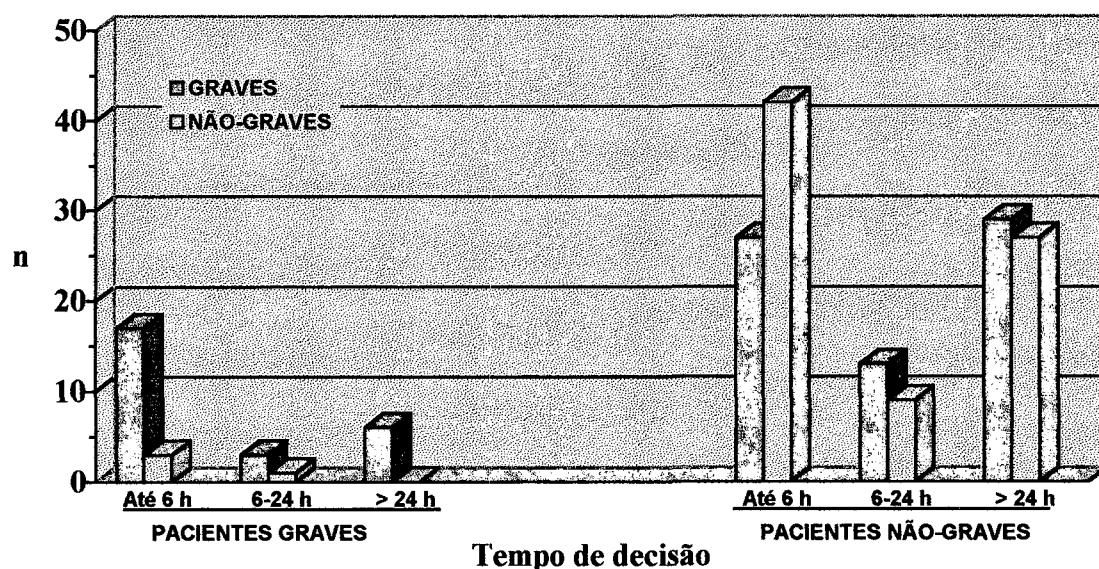
**Fonte:** levantamento de 177 casos atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Celso Ramos. Florianópolis, SC, 1994.

A análise do perfil dos atendimentos do SE revelou que 95.4 % (n= 169) dos pacientes foram avaliados por um dos integrantes da equipe médica no prazo de 1 hora após o horário de preenchimento da ficha de atendimento (Figura 4). 23 % (n= 41) tiveram atendimento imediato, sendo que entre estes, somente 39 % (n= 16) foram considerados casos graves de acordo com a avaliação final do médico assistente. Excluindo-se os atendimentos imediatos, 83.8 % (n= 114) dos casos com o tempo de espera de até 1 hora e 100 % (n= 8) dos casos com o tempo de espera além de 1 hora foram considerados não-graves pelo médico assistente em sua avaliação final.

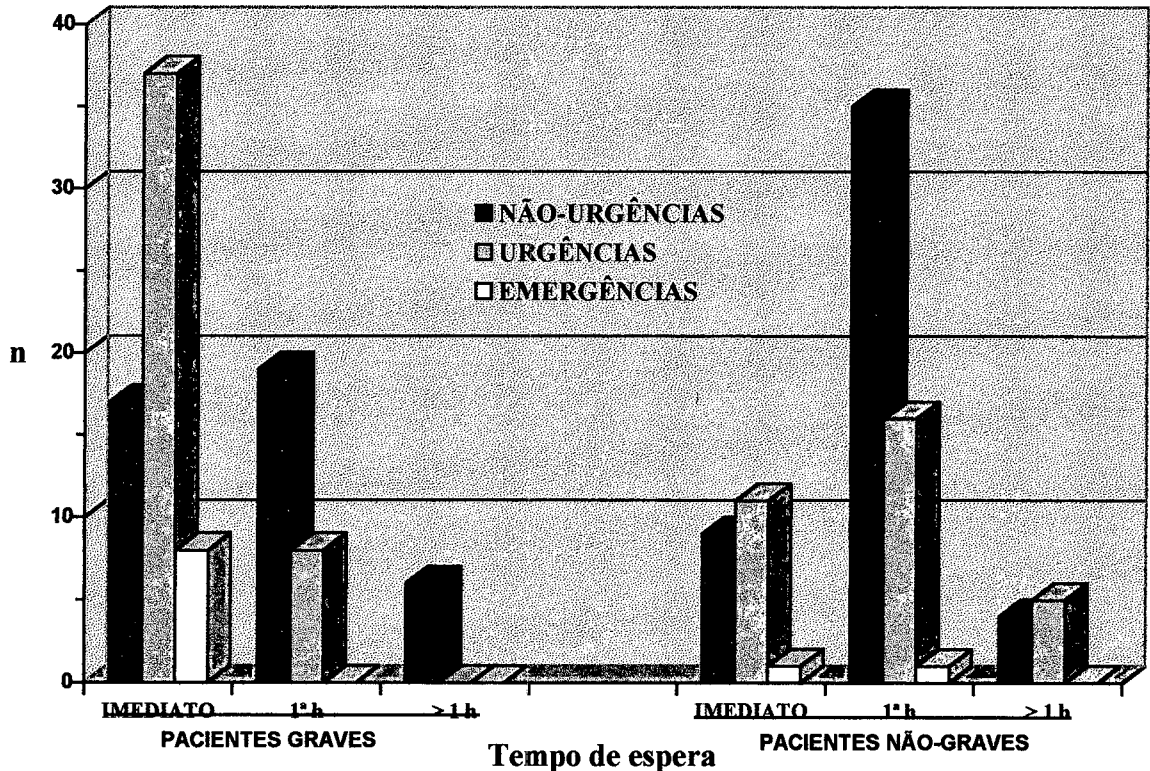


**Figura 4:** Comparação entre a avaliação da gravidade pelo médico assistente e o tempo de espera do paciente pelo atendimento no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. As colunas escuras representam os casos graves (n= 30) e as colunas claras representam os casos não-graves (n= 147). No eixo das ordenadas está quantificado o número de casos (n) e no eixo das abscissas estão dispostas as três categorias do tempo de espera: Imediato (n= 41), 1ª h (n= 128) e > 1 h (n= 8). Levantamento de 177 pacientes. Florianópolis, SC, 1994.

Avaliou-se nesta amostragem, o tempo compreendido entre o início dos sintomas da doença atual e a tomada de decisão para a procura do SE, assim denominado “tempo de decisão”. Foi classificado em três categorias, a saber: “até 6 h”, “6-24 h”, “> 24 h”. No grupo de casos considerados graves de acordo com a avaliação final do médico assistente (n=30), observou-se que 86.6 % (n= 26) dos pacientes consideraram a sua doença atual grave (Figura 5). Este padrão foi evidenciado nas três categorias do tempo de decisão. Já no grupo de casos não-graves segundo o médico assistente (n=147), em relação à categoria “até 6 h” do tempo de decisão (n= 69), 60.8 % dos pacientes consideraram a sua doença atual não-grave. Este padrão não foi observado nas categorias “6-24 h” e “> 24 h”.



**Figura 5:** Comparação da avaliação da gravidade pelo paciente e o tempo de decisão (tempo entre o início dos sintomas da doença atual e a tomada de decisão para a procura do serviço de emergência), levando-se em consideração a avaliação da gravidade pelo médico assistente. As colunas escuras representam os casos graves e as colunas claras representam os casos não-graves, segundo a avaliação do paciente. No eixo das ordenadas está quantificado o número de casos (n). No eixo das abscissas estão dispostos os dois grupos, segundo a avaliação final do médico: graves (n= 30) e não-graves (n= 147), cada qual subdividido em três categorias do tempo de decisão (“até 6 h”, “6-24 h” e “> 24 h”). Levantamento de 177 pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, SC, 1994.



**Figura 6:** Comparação do tempo aceitável de espera do paciente pelo atendimento e o tempo de decisão (tempo entre o início dos sintomas da doença atual e a tomada de decisão para a procura do serviço de emergência), levando-se em consideração a avaliação da gravidade pelo médico assistente. As colunas pretas representam as não-urgências, as colunas cinza representam as urgências e as colunas brancas, as emergências, segundo a avaliação do médico assistente. No eixo das ordenadas está disposto o número de casos (n). No eixo das abscissas estão dispostos os dois grupos segundo a avaliação da gravidade pelo paciente: graves (n= 95) e não-graves (n= 82), cada qual subdividido em três categorias do tempo de espera (“imediato”, “1ª h” e “> 1 h”). Levantamento de 177 casos atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, 1994.

Foram analisados no presente estudo, as relações existentes entre o tempo aceitável de espera pelo atendimento (classificado como “imediato”, “1ª h” e “> 1 h”) e a avaliação da gravidade do caso segundo Weinerman<sup>15</sup> pelo médico assistente. Considerando-se o grupo de casos nos quais o paciente avaliou a sua doença atual como grave (n= 95) (Figura 6), em 65.2 % dos casos (n= 62) o paciente definiu a necessidade de atendimento imediato, sendo que entre estes, 59.6 % (n= 37) foram classificados pelo médico como urgências e 12.9 % (n= 8)

como emergências. Ainda neste grupo, observou-se uma correlação positiva de 75.7% (n= 25) entre o tempo aceitável de espera nas categorias “1ª h” e “>1 h” (n= 33) e a avaliação da gravidade pelo médico como não-urgência. No grupo de casos não-graves segundo a auto-avaliação do paciente (n= 82), apesar de que 52.3 % dos casos (n= 11) com o tempo aceitável de espera definido como imediato (n= 21) tenham sido classificados como urgência pelo médico assistente, observou-se (igualmente ao grupo de casos graves) uma correlação positiva de 67.3 % (n= 35) entre a categoria “1ª h” do tempo aceitável de espera (n= 52) e a avaliação médica como não-urgência.

Quanto aos motivos da procura dos pacientes pelo SE do HGCR, o mais citado foi a proximidade em relação ao domicílio, trabalho ou ao local do acidente (41.2 %, n= 73) (Tabela 3). Foram relatadas algumas condições importantes, tais como a falta de confiança em outro serviço (11.3 %) e o desconhecimento acerca de outros serviços disponíveis (9.0 %). O encaminhamento por profissionais médicos da atenção primária foi citado somente em 4.5% dos casos atendidos.

**Tabela 3**

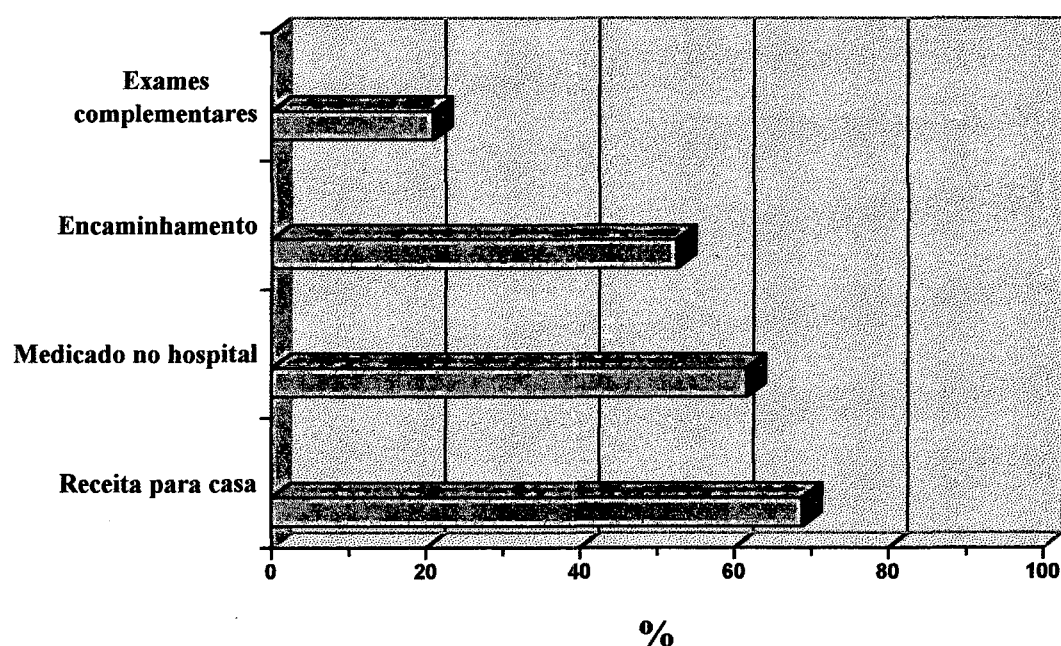
**Motivos da procura dos pacientes ao Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos.**

MOTIVOS	n	%
Proximidade	73	41.2
Bom atendimento	34	19.2
Não confia em outro serviço	20	11.3
Não conhece outro serviço	16	9.0
Encaminhamento	08	4.5
Outros	36	33.8

n= número de casos.

**Fonte:** levantamento de 177 casos atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Celso Ramos. Florianópolis, SC, 1994.

Entre as condutas adotadas pelo médico assistente, a mais freqüente foi a prescrição de medicamentos para casa (68.9 %) (Figura 7). 61.6 % dos pacientes foram medicados no hospital, sendo que em 20.9 % dos casos foi solicitado algum tipo de exame complementar. O encaminhamento a outros serviços médicos (outro hospital, transferência de pacientes e serviços ambulatoriais) foi realizado em 52.5 % dos atendimentos.

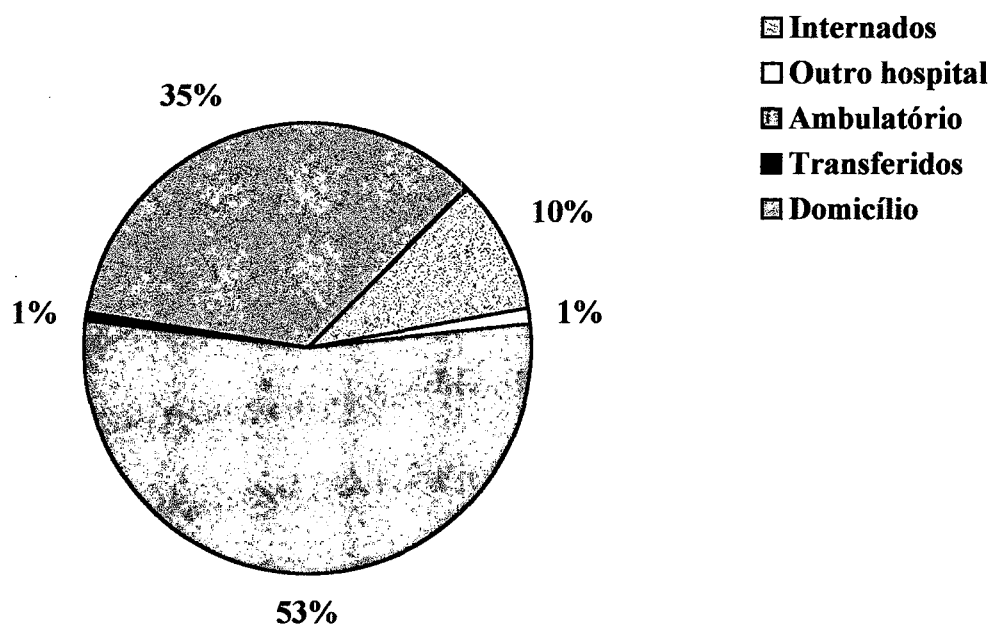


**Figura 7:** Condutas adotadas pelo médico assistente em atendimentos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. n= número de casos. Levantamento de 177 pacientes atendidos. Florianópolis, SC, 1994.

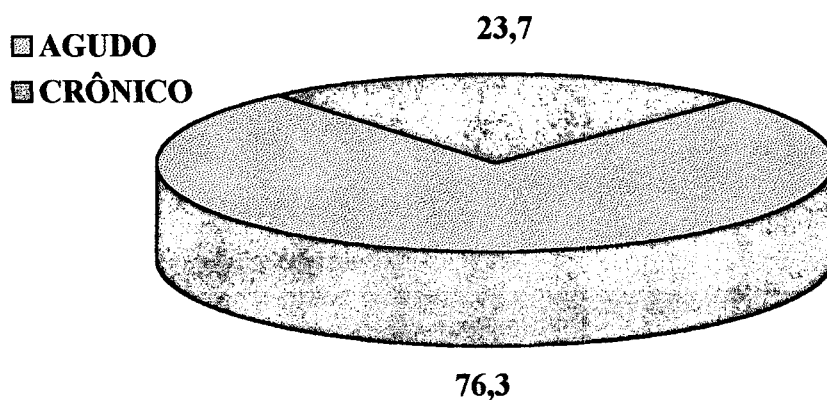
A relação existente entre a avaliação do tempo de evolução da doença atual pelo paciente e o encaminhamento dado ao caso pelo médico assistente foi analisada. Considerando-se a variável encaminhamento (Figura 8), foi demonstrado que 9.6 % dos pacientes (n= 17) foram internados, 53.7 % dos casos (n= 95) foram encaminhados ao ambulatório e 35 % (n= 62) ao domicílio. O tempo de evolução (Figura 9) foi classificado como: 1) agudo, definido por 76.3 % dos pacientes (n=135); e 2) crônico (tempo de evolução



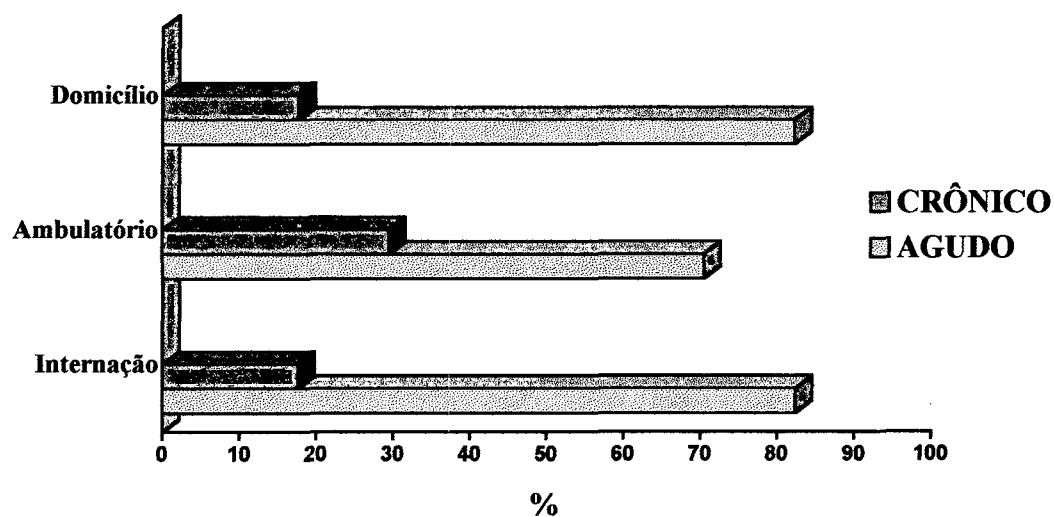
da doença atual maior que 30 dias), referido em 23.7 % dos casos (n= 42). Em relação aos casos agudos, foi verificado que este grupo está representado em 82.4 % do número de internações, em 70.5 % dos casos encaminhados ao ambulatório e em 82.3 % dos pacientes liberados ao domicílio (Figura 10).



**Figura 8:** Encaminhamento dado pelo médico assistente aos pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. Levantamento de 177 casos. Florianópolis, SC, 1994.



**Figura 9:** Tempo de evolução da doença atual: agudo (n= 135) e crônico (n=42). Considerou-se doença crônica aquela com mais de 30 dias de evolução. n= número de casos. Levantamento de 177 pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, SC, 1994.



**Figura 10:** Comparação do tempo de evolução da doença atual referido pelo paciente e o encaminhamento dado ao caso pelo médico assistente. O tempo de evolução foi classificado como: agudo (n= 135), aqui representado pelas colunas claras, e crônico (n= 42) representado pelas colunas escuras. No eixo das ordenadas estão dispostas as porcentagens (expressas em relação à população total) e no eixo das abscissas estão os diferentes encaminhamentos: pacientes internados (n= 17), ao ambulatório (n= 95) e ao domicílio (n=62). n= número de casos. Levantamento de 177 pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, SC, 1994.

## 5. DISCUSSÃO

No contexto da transformação aparentemente irreversível dos hospitais em centros médicos comunitários, os serviços de emergência (SEs) exercem um importante papel, representando a fonte básica de assistência médica para a população pobre dos centros urbanos, assim como o recurso de auxílio para a comunidade em geral quando a assistência médica privada não está disponível. A maioria das pessoas de todas as classes sociais que usam os SEs, tendem a procurá-lo diretamente, sem qualquer tipo de encaminhamento médico prévio. A tendência crescente de pacientes em usar a unidade de emergência para condições não urgentes é reconhecida como uma resposta ao problema de pronta obtenção de assistência médica na comunidade<sup>15</sup>.

Qualquer que sejam as impressões sobre as falsas ou verdadeiras emergências, o fato é que as pessoas vêm aos SEs e os médicos emergencistas sabem que deverão vê-los, pois poderão estar incorrendo em riscos para o paciente e cometendo erros.

Esforços têm sido feitos com o intuito de descrever a população de pacientes e o seu uso dos serviços, na tentativa de elucidar a relação entre ambos. O resultado tem sido uma confusão de dados levando a conclusões inconsistentes<sup>22</sup>.

Em geral, os métodos utilizados nesta análise serviram bem aos propósitos. Embora o ambiente agitado de um SE não seja o ideal para a realização de uma coleta meticulosa de dados, foi possível o desenvolvimento do projeto de pesquisa. A tarefa mais difícil neste processo foi realizar a entrevista com os pacientes de modo a satisfazer os requerimentos de um plano de amostragem rigorosa por um lado, e por outro evitar a interferência no fluxo dos

cuidados dos pacientes. O sistema de entrevista provou ser efetivo em alcançar todos os pacientes designados e em prover a maior parte das informações médicas e pessoais. Uma certa ambigüidade foi percebida durante o processo de codificação em algumas respostas que dizem respeito à utilização do SE.

Alguns problemas metodológicos importantes foram verificados. Houve dificuldade em padronizar a interpretação dos critérios de classificação das urgências médicas entre os diferentes médicos. O longo período de amostragem e a coleta de dados em dias da semana fixos podem ter produzido vieses e limitações de informações. É reconhecido que variações sazonais são significativas e evidentes ao longo de determinados períodos. Entretanto, é também descrito que os índices de urgências são essencialmente similares para os vários dias da semana e horas do dia<sup>16</sup>.

Enquanto alguns dados suportam muitas das hipóteses originais, algumas surpresas distintas surgiram. O perfil demográfico da população de pacientes do SE confirma suposições prévias em relação à idade, sexo, procedência e grau de escolaridade. Enquanto as expectativas iniciais eram que adultos de meia-idade (presumivelmente mais ocupados) teriam os índices mais baixos de procura ao SE, foi evidenciado o oposto. É sugerido que idades mais baixas e nível educacional mais elevado estejam associados com o uso não urgente dos SEs<sup>17</sup>. Confrontando as evidências, nosso estudo mostrou que a faixa etária predominante dos atendimentos por não-urgências foi de 20 a 39 anos e, na maioria dos casos, o nível de escolaridade mais freqüente foi o 1º grau incompleto. Esperava-se que mulheres poderiam ter índices de comparecimento ao SE maiores do que os homens<sup>15</sup>. Não se verificou diferenças significativas na distribuição por sexos.

Nossos resultados confirmam a descrição da literatura de que o índice de atendimentos dos SEs para problemas médicos não-urgentes aumenta de acordo com a proximidade do hospital em relação aos centros urbanos<sup>11</sup>. Em relação à procedência dos

pacientes atendidos no SE do HGCR, houve um predomínio da população residente circunvizinha ao hospital, fato este ainda mais evidente quando se considerou os bairros adjacentes. Reforçando este aspecto, verificou-se que o fator “proximidade” do hospital em relação ao domicílio, ao trabalho ou ao local do acidente foi o principal motivo da procura do SE pelos pacientes.

Os resultados indicam muito claramente o quanto o serviço de emergência hospitalar serve como “batente” para um sistema de assistência médica primária incompleto na região, assim como um recurso sempre pronto a atender os pacientes na atual crise do sistema de saúde.

Observou-se uma falta relativa de associação entre a avaliação de urgência feita pelo médico e o relato da gravidade da doença por parte do paciente. WOLCOTT<sup>26</sup> assinala em seu estudo as potenciais discrepâncias na definição de emergência médica, assim como os indicativos das dramáticas diferenças entre a percepção do médico e do paciente a respeito do processo de doença. Esta observação chama a atenção para a diferença existente entre os conceitos profissionais e leigos em relação às necessidades de saúde.

É descrito que mais de 30 % dos pacientes atendidos estão em condições críticas ou necessitam de tratamento hospitalar e cerca de 50 % estão em desconforto agudo, sendo que 13 % dos pacientes necessitam de atenção dentro de poucos minutos, 26 % em 1 ou 2 horas e 28 % dentro de 2 a 12 horas<sup>12</sup>.

PEIXOTO FILHO<sup>13</sup>, em seu estudo no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o uso abusivo do SE para causas comuns, mostra que a maioria dos pacientes atendidos constitui-se de não-urgências, com as reais urgências e emergências prefazendo apenas 14,6 % do total de atendimentos segundo a avaliação inicial, e 11,2 % se observada a avaliação final pelo médico. A análise dos atendimentos do SE do HGCR revelou que 17 % dos casos foram considerados graves de acordo com a avaliação final do médico

assistente. Evidências disponíveis sugerem que o uso não-urgente deve-se em grande parte à dependência da população urbana pobre em relação aos serviços médico-hospitalares gerais e básicos à procura dos SEs por membros da comunidade que não conseguem ou mesmo não procuram os serviços de atenção primária ou a pronta atenção médica privada <sup>16</sup>.

WOOD e CLIFF <sup>2</sup> demonstraram um achado importante, relacionado às respostas de pacientes para a questão: “*O médico do serviço de atenção primária seria capaz de resolver o seu problema ?*” Surpreendentemente, 42 % do total indicaram que os médicos generalistas não seriam capazes de lidar com o seu problema. Muitos pacientes revelaram que, a despeito da seriedade da sua doença, o SE seria o lugar procurado por uma variedade de razões. Em nosso meio, o fator confiabilidade não parece ser o determinante do processo, tendo sido observado que apenas 11 % dos pacientes afirmaram não confiar em outras alternativas de assistência médica. Em contrapartida, em 9 % dos casos foi relatado o desconhecimento de qualquer outro serviço de assistência a não ser os SEs.

O descrédito da população geral em relação aos serviços de atenção primária em saúde leva a um excesso de demanda de assistência hospitalar, o qual é considerado de boa qualidade. Isto faz com que nos serviços de urgência, doenças que poderiam ser atendidas em meio extra-hospitalar ocupem espaço e tempo, não permitindo uma adequada valorização das condições verdadeiramente urgentes <sup>18</sup>.

O conhecimento desta realidade em nosso meio é de importância fundamental no sentido de valorizar as necessidades e deficiências de nosso sistema de atenção sanitária e de permitir uma correta planificação <sup>19</sup>.

CLIFFORD <sup>24</sup> refere que a utilização inapropriada dos SEs parece ser mais uma questão perceptiva do que real quando julgada objetivamente, tendo sido verificado que visitas desnecessárias estão a menos que 20 % de acordo com o critério da queixa principal. ASKENAZI <sup>12</sup>, em seu estudo realizado no Hospital da Universidade Livre de Bruxelas,

refere que 33 % da população de pacientes do SE no respectivo período de referência foi justificado por risco iminente de vida (13.9 %) e condições as quais potencialmente requerem tratamento intra-hospitalar (19.1 %).

Enquanto na Europa existe atualmente a preocupação em melhorar a qualificação técnica das equipes dos SEs no sentido de oferecer melhor qualidade de serviços nas emergências médicas, em nosso meio há a intenção de que os SEs sirvam às reais urgências e emergências, para que então as mesmas possam ser melhor conduzidas <sup>13</sup>.

Embora estes achados indiquem claramente a importância em aprimorar os SEs em hospitais comunitários e o valor de alguns métodos de triagem inicial de pacientes, o problema primário estende-se muito além das dependências hospitalares. A necessidade mais premente é de um sistema comunitário de assistência médica o qual forneça um serviço de saúde pessoal, contínuo e compreensível, disponível a todas as classes e grupos da população. Somente então, os serviços de emergência hospitalar poderão exercer seu real papel no espectro da assistência médica.

## CONCLUSÕES

A partir da análise do levantamento de 177 pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos, pode-se concluir que:

1. a utilização deste serviço de assistência médica por parte da população geral ocorre, na maior parte dos casos, por condições não-urgentes;
2. há uma correlação positiva entre a avaliação da gravidade pelo médico e pelo paciente na maior parte dos casos graves.
3. a maior parte dos casos em que os pacientes definiram a necessidade de atendimento imediato foi considerada “urgência” pelo médico assistente;
4. a proximidade do Serviço de Emergência em relação ao domicílio, trabalho ou local do acidente é um fator de real importância na procura da assistência médica;
5. a conduta mais freqüentemente adotada pelo médico assistente foi a prescrição de medicamentos para o paciente liberado ao domicílio;
6. o encaminhamento mais freqüente adotado pelo médico assistente foi ao ambulatório;



7. torna-se necessária a reestruturação do atual sistema de saúde, para que a assistência à população aconteça de forma hierarquizada, disponível e eficiente.

## 7. REFERÊNCIAS

1. CASTELLA, A.E. Utilization of hospital emergency rooms in Andalusia (1987). **Gaceta Sanitaria**, v. 3, n. 1, p. 313-319. 1989.
2. WOOD, T.C.A., CLIFF, K.S. Accident and Emergency Departments - Why people attend with minor injuries and ailments. **Public Health**, v. 100, n.1, p. 15-20. 1986.
3. BRASIL. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1987. Brasília: **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**, 1987.
4. BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dos Princípios e Diretrizes, Cap. II, Art. 7. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20-09-90, n. 182, Ano CXXXVIII.
5. PUSTAL, O.J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.J., GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. p. 17-21.
6. LLEWELLYN, C.H. Triage: In austere Environments and echeloned medical systems. **World J. Surg**, v. 16, n. 5, p. 904-909. 1992.
7. UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. p. 221-235.
8. TARTANO, H.I.G., COSTA M., STEIN, A.T., VICENTIM, B., VARGAS, J., TAKEDA, S. Estudo da demanda ambulatorial. **Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospital Conceição**. Porto Alegre, 1992 (núcleo): 29.
9. AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Emergency Medicine Care Content. **JACEP**, v. 8, p. 34-41. 1979.

10. AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Definition of emergency medicine and the emergency physician. **Ann Emerg Med**, v. 15, p. 1240-41. 1986.
11. BUESCHING, D.P., JABLONOWSKI, A., VESTA, E., DILTS, W., RUNGE, C., LUND, J., PORTER, R. Inappropriate emergency department visits. **Ann Emerg Med**, v. 14, p. 672-76. 1985.
12. ASKENAZI, R., RASKIN, C., VAN REETH, O., NINANE, V., TODOROV, P. What is emergency? Analysis of a population presenting to an emergency room. **Acta Anaesthesiol Belg**, v. 35, n. 1, p. 53-65. 1984.
13. PEIXOTO FILHO, A.J., VASCONCELOS, F.A., SILVA, R.M., BOTELHO, L.J. Avaliação da gravidade dos atendimentos no Serviço de Emergência do Hospital Universitário da UFSC. **Rev Ass Med Brasil**, v. 37, n. 2, p. 91-94. 1991.
14. DICKINSON, G. Emergency department overcrowding. **Can Med Ass J**, v. 140, n. 3, p. 270-71. 1989.
15. WEINERMAN, E.R., RATNER, R.S., ROBBINS, A., LAVENHAR, M.A. Yale Studies in Ambulatory Care: V. Determinants of Use of Hospital Emergency Services. **Am J Public Health**, v. 56, n. 7, p. 1037-56. 1966.
16. WEINERMAN, E.R., EDWARDS, H.R. Yale Studies in Ambulatory Care: I. Changing Patterns in Hospital Emergency Services. **Hospitals**, v. 38, p. 55-62. 1964.
17. ELLIOTT, M.J., VAYDA, E. Characteristics of Emergency Department Users. **Can J Public Health**, v. 69, n. 3, p. 223-28. 1978.
18. BLISS, J.B. Primary in the emergency room: high in cost and low quality. **N Engl J Med**, v. 306, p. 998. 1982.
19. MUIÑO MIGUEZ, A., RAMALLO, V.J.G., CASTRO, E.R., BERMEJO, C.L., BASAVE, E.F. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. **Rev Clin Esp**, v. 182, p. 374-78. 1988.
20. TORRENS, P.R., YEDVAB, D.G. Variations among emergency room populations: A comparison of four hospitals in New York City. **Med Care**, v. 8, p. 60-75. 1970.
21. CONWAY, H. Emergency medical care. **Br Med J**, v. 2, p. 511-13. 1976.

22. DAVIDSON, S.M. Understanding the growth of Emergency Department utilization. **Med Care**, v. 16, n. 2, p. 122-32. 1978.
23. ULLMAN, R., BLOCK, J.A., STRATMANN, W.C. An emergency room's patients: Their characteristics and utilization of hospital services. **Med Care**, v. 13, p. 1011. 1975.
24. CLIFFORD, M.J., FRANASZEK, J.B., GIBSON, G. Emergency physician's and patients' assessments: urgency of need for medical care. **Ann Emerg Med**, v. 9, p. 502-07. 1980.
25. HILDITCH, J.R. Changes in hospital emergency department use associated with increased family physician availability. **J Fam Pract**, v. 11, p. 91-96. 1980.
26. WOLCOTT, B.W. What is an emergency ? Depends on whom you ask. **JACEP**, v. 8, p. 241-43. 1979.
27. WAECKERLE, J.R. Disaster planning and response. **N Engl J Med**, v. 324, p. 815. 1991.
28. ANDERSEN, R., NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the U. S.. **Milbank Mem Fund Q**, v. 51, p. 95. 1973.

**TCC  
UFSC  
CM  
0320**

**N.Cham. TCC UFSC CM 0320**  
**Autor: Luz, Glauco Duarte**  
**Título: Análise dos atendimentos do serv**



972802358

Ac. 253478

**Ex.1**

**Ex.1 UFSC BSCCSM**