

**VANESSA PRISCILLA MARTINS DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DA DEMANDA DA  
EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2006**

**VANESSA PRISCILLA MARTINS DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DA DEMANDA DA  
EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**

**Orientador: Prof. Dr. Roberto Henrique Heinisch**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Liana Miriam Miranda Heinisch**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2006**

*Dedico este trabalho à mulher mais  
corajosa, batalhadora e cativante  
que já conheci: minha mãe.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Terezinha e Oscar pelos ensinamentos de fé e coragem que me foram tão valiosos durante o curso de Medicina; pelo carinho, consolo e apoio nos momentos de dificuldade; pelo esforço de se fazerem sempre presentes, mesmo estando à distância; por tanto empenho e tempo dispensados ao meu crescimento pessoal e profissional durante toda a minha vida; enfim, por tudo o que sempre fizeram por mim sem nada pedir em troca.

Ao meu companheiro Vinícius pelo amor e compreensão; por tornar os meus dias mais alegres, os obstáculos menores e por me transformar em uma pessoa melhor.

À minha amiga Ana Kris da Silva por compartilhar não só as tarefas para a elaboração e conclusão deste trabalho, mas pela sua amizade de inestimável valor.

Às minhas amigas Juliana Sonogo Argente e Carolina Pacheco da Silva pela amizade verdadeira e pelo suporte que me deram para que eu fosse capaz de superar as dificuldades enfrentadas.

Aos professores Roberto Henrique Heinisch, Antonio Carlos Marasciulo e Washigton Portela de Sousa por compartilhar seus conhecimentos científicos, os quais foram de enorme valia para a conclusão deste trabalho.

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar se os pacientes atendidos na Emergência de Clínica Médica (CLM) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) são adequados ao setor, ou se poderiam ter seus problemas resolvidos em outras instâncias do sistema de saúde.

**Desenho:** observacional, descritivo.

**Método:** Análise das fichas de atendimentos prestados na Emergência em CLM do HU da UFSC, no ano de 2004. O diagnóstico final dos atendimentos foi observado. Um questionário foi aplicado a seis médicos do setor que classificaram os vinte diagnósticos mais frequentes entre os pacientes não internados em emergência/urgência, caso ambulatorial ou indefinido. Foi solicitado aos médicos que citassem exemplos de casos ambulatoriais e a proporção de pacientes não urgentes atendidos por eles no setor.

**Resultados:** De 1.067 (amostra de 54.317) atendimentos os quais não resultaram em internação, 40% dos diagnósticos mais frequentes foram considerados inadequados, 10% adequados e 50% permaneceram indefinidos. Doenças encontradas entre os diagnósticos mais frequentes foram citadas como casos que poderiam ser atendidos em nível ambulatorial. Na análise qualitativa a impressão geral dos médicos emergencistas é que 75% dos atendimentos são inadequados ao setor.

**Conclusão:** Uma parcela dos pacientes que procuram o SE é inadequada, uma parte deles é adequada e para uma parcela dos diagnósticos mais frequentes não há consenso sobre sua adequação ao setor.

## ABSTRACT

**Objectives:** The aims of this study were to evaluate if patients who seek the Clinical Medicine Emergency Department (ED) of the Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) are appropriated or could their health problems resolved at others sectors of the health care system.

**Design:** Observational, descriptive.

**Methods:** The 2004 ED records at the HU-UFSC were reviewed. The end diagnosis was observed. A questionnaire was applied to six ED physicians that classified the twenty end diagnosis of the non hospitalized patients in emergency/urgency, ambulatorial case or indefinite. Physicians were asked to cite ambulatorial cases examples and the proportion of nonurgent patients attended by them at ED.

**Results:** Of 1,067 visits (a part of 54.317) that not result in hospitalization, 40% of more frequent diagnosis were considered inappropriated, 10% were appropriated and 50% remained indefinite. Many diseases that were between more frequent diagnosis were cited as ambulatorial cases by de ED physicians. In the qualitative study the general impression of the physicians is that 75% of ED visits are inadequate.

**Conclusion:** A part of ED visits is inadequate, other part is adequate and a proportion of more frequent diagnosis remains indefinite about to be or not to be an emergency case.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACEP	COLÉGIO AMERICANO DE MÉDICO EMERGENCISTAS
CID	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
DNV	DISTÚRBO NEUROVEGETATIVO
HU	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
IVAS	INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES
ITU	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO
SE	SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
SAME	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

## LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

<b>TABELA 1</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS POR HORÁRIO DE CHEGADA.....	9
<b>TABELA 2</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS ENTRE OS 1067 PACIENTES NÃO INTERNADOS ATENDIDOS NO SE EM 2004.....	10
<b>TABELA 3</b> - DISTRIBUIÇÃO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS ENTRE OS 71 PACIENTES INTERNADOS NO SE EM 2004.....	11
<b>TABELA 4</b> – DISTRIBUIÇÃO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ENTRE O GRUPO DE PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS, DE ACORDO COM O CID 10.....	12
<b>TABELA 5</b> – FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS ENTRE OS 1067 PACIENTES DE ACORDO COM OS CAPÍTULOS DO CID 10.....	13
<b>TABELA 6</b> – FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS ENTRE OS 71 PACIENTES DE ACORDO COM OS CAPÍTULOS DO CID 10.....	13
<b>TABELA 7</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM O DESTINO DADO A ELES.....	14
<b>FIGURA 1</b> – ENCAMINHAMENTO DADO PELO MÉDICO AOS PACIENTES DO GRUPO DOS NÃO INTERNADOS, DESCONSIDERANDO AS FICHAS NÃO PREENCHIDAS.....	15
<b>TABELA 8</b> – CLASSIFICAÇÃO PELOS MÉDICOS EMERGENCISTAS SEGUNDO GRAVIDADE DO DIAGNÓSTICO.....	16
<b>QUADRO 1</b> – EXEMPLOS DE DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA DO HU QUE PODERIAM SER ATENDIDOS A NÍVEL AMBULATORIAL, SEGUNDO OS MÉDICOS DO SETOR.....	17



## SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. MÉTODO.....	4
3.1. Delineamento da pesquisa.....	4
3.2. Casuística.....	4
3.2.1. Cálculo da Amostra.....	4
3.2.1.1. Pacientes Não Internados.....	4
3.2.1.2. Pacientes Internados.....	4
3.3. Procedimentos.....	5
3.3.1. Instrumentos.....	5
3.3.2. Coleta de Dados.....	5
3.3.3. Aplicação de Questionário aos médicos do setor.....	6
3.4. Descrição das Variáveis do Estudo.....	6
3.5. Análise estatística.....	8
3.6. Aspectos Éticos.....	8
4. RESULTADOS.....	9
5. DISCUSSÃO.....	18
6. CONCLUSÕES.....	26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
NORMAS ADOTADAS.....	30
ANEXOS.....	31

## 1. INTRODUÇÃO

Cada população possui características próprias em relação a aspectos demográficos, sócio-econômicos, culturais e de saúde, ainda que se verifique pontos em comum entre as populações. Para adequar as ações de saúde às necessidades da população atendida, estabelecer estratégias locais e obter subsídios para a tomada de decisões, é necessário conhecer a realidade e as peculiaridades dessa demanda<sup>1,2</sup>. O serviço deve buscar a eficiência máxima, sendo esta alcançada através da satisfação dos usuários e do cumprimento de seus objetivos.

Apesar do SE (Serviço de Emergência) ter como missão atender pacientes em situação de maior gravidade, observa-se a alta procura pela população deste setor para resolver problemas que poderiam ser solucionados pela atenção primária<sup>2-9</sup>. Em 1990, Peixoto Filho *et al.*<sup>3</sup> demonstraram que a maioria dos atendimentos realizados no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) se deram por queixas próprias de serviços de atenção primária, observando uso abusivo do setor de emergência pela população. Concluíram também que freqüentemente o setor é utilizado como trampolim para o serviço ambulatorial.

Outros hospitais têm verificado o mesmo. Segundo S M Furtado *et al.*<sup>4</sup>, 74,5% dos atendimentos foram caracterizados como não sendo de urgência ou emergência, apontando para a ineficácia do sistema de saúde. Observaram que há uso irracional nos serviços de saúde por parte da população, o que acarreta sobrecarga desnecessária no setor de emergência e urgência.

O aumento de atendimentos inadequados está se tornando um problema para o sistema de saúde em países do mundo inteiro<sup>2,5,10-12</sup>, pois o SE se vê obrigado a trabalhar com alta demanda, prejudicando a qualidade do serviço e o atendimento adequado, transformando essa alta demanda numa barreira a quem realmente deve procurar o setor<sup>9</sup> e levando à insatisfação dos usuários e da equipe de saúde.

Apesar de muitos estudos sugerirem um aumento da demanda do SE, inclusive as custas de pacientes não urgentes (ou inadequados ao SE), a definição de casos de urgência/emergência versus caso ambulatorial é controversa<sup>13</sup>. Além disso, diversas formas de triagem e diferentes metodologias são empregadas para classificar a demanda, o que explica,

em parte, a variação na literatura da proporção de pacientes atendidos no SE considerados como não urgentes<sup>8</sup>.

O dicionário Michaelis<sup>14</sup> da língua portuguesa traz que Emergência corresponde a uma situação crítica; necessidade imediata; urgência. Urgência médica pode ser caracterizada como toda a situação, do ponto de vista médico, que produz ameaça para a saúde ou a vida do paciente, condição esta que pode ser uma patologia nova ou descompensação de doença crônica<sup>5</sup>. Segundo o dicionário médico Stedman<sup>15</sup>, emergência corresponde à condição de um paciente que exige tratamento imediato. Segundo Fajardo Ortiz G. *et al.*<sup>6</sup> urgência verdadeira é a condição médica que leva o usuário, após receber atenção médica em serviço de urgência, a permanecer no hospital, por indicação médica. Albert Lee *et al.*<sup>10</sup> sugerem que um paciente inadequado para o SE (não urgente) corresponde aquele cujas condições clínicas não são emergenciais e freqüentemente não requerem nenhum tipo de tratamento hospitalar específico. O Colégio Americano de Médicos Emergencistas (ACEP)<sup>16</sup> sugeriu, em 1994, a seguinte definição para uma condição emergencial: qualquer condição médica de início e severidade recentes, incluindo a dor severa, a qual levaria uma pessoa leiga prudente, possuindo noções básicas de medicina e saúde, a acreditar que sua condição é de tal natureza que necessita de atenção médica urgente, sem a qual estaria sujeito a grave perigo de saúde ou sério prejuízo às funções orgânicas, de algum órgão ou parte. Esta definição outorga ao paciente a capacidade de decidir se sua condição deva receber atenção imediata em um SE. Muitas vezes há uma dissociação entre o que é urgência para o doente e seus familiares o que é realmente urgente para o médico como profissional<sup>5,8,17</sup>.

O aumento na demanda no setor de clínica médica dos serviços de emergência, caracterizado por um aumento na porcentagem de pacientes que poderiam ser atendidos fora deste serviço por seu caráter não-urgente, justificam a necessidade de se avaliar a real adequação da população que procura estes serviços<sup>18</sup>.

Este estudo se propõe a verificar características da demanda da emergência do HU e sua adequação ao serviço, confrontando sua realidade atual com dados prévios e com dados da literatura, de tal forma que possa colaborar no processo de planejamento, gestão e execução das ações de saúde e na adequação do setor de emergência às suas reais funções.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Principal

Avaliar se os pacientes atendidos na emergência de Clínica Médica do HU da UFSC são adequados ao setor, ou se poderiam ter seus problemas resolvidos em outras instâncias do sistema de saúde.

## 3. MÉTODO

### 3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, retrospectivo, com abordagem quanti-qualitativa.

### 3.2 Casuística

Foram analisadas as fichas de atendimento prestados na Emergência de Clínica Médica do HU da UFSC, no período de 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2004.

De acordo com o sistema informatizado do SAME (Serviço de Arquivo Médico), o serviço de Emergência de Clínica Médica do HU da UFSC, prestou 54.317 atendimentos no ano de 2004. 2.329 pacientes foram internados. Os dados referentes ao atendimento dos pacientes que não tiveram como desfecho a internação, foram obtidos através das fichas de atendimento, arquivadas no SAME do HU. As fichas de atendimento dos pacientes internados são arquivadas ao prontuário dos mesmos.

#### 3.2.1 Cálculo da amostra

Foram colhidas duas amostras. A primeira amostra se refere ao grupo dos pacientes não internados. A segunda amostra se relaciona com os pacientes que tiveram como desfecho a internação.

##### 3.2.1.1 Pacientes não internados

Sabendo que o total de atendimentos no período descrito correspondeu a 54.317, utilizou-se o programa estatístico Epi Info<sup>19</sup> para o cálculo desta amostra e os seguintes critérios: população de 54.317, frequência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 99%. Obteve-se desta forma um total de 1.067 fichas.

##### 3.2.1.2 Pacientes internados

De acordo com o sistema informatizado foram internadas, no período analisado, 2.329 pessoas atendidas na emergência, tanto da clínica médica quanto da clínica cirúrgica. Para o cálculo desta amostra, utilizou-se o programa estatístico Epi Info<sup>19</sup> e utilizou-se os seguintes critérios: população de 2.329, frequência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%. Foi colhida uma amostra de 71 pacientes.

### **3.3 Procedimentos**

#### **3.3.1 Instrumentos**

Para a coleta de dados deste estudo, foi elaborado um instrumento de pesquisa (vide Anexo 1), contendo informações quanto à idade, sexo, procedência, horário de atendimento, queixa principal, hipóteses diagnósticas, medicação administrada, solicitação de parecer especializado, exames solicitados, encaminhamento realizado. No projeto inicial pretendia-se observar o estado civil dos pacientes atendidos, porém este dado não constava na ficha de emergência.

#### **3.3.2 Coleta de dados**

Foram incluídos no estudo os atendimentos realizados na Emergência de Clínica Médica do HU da UFSC, no período de 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2004. As fichas dos pacientes que não foram internados ficam por um período de três meses arquivadas no próprio setor de emergência, sendo após este período, encaminhadas para o arquivo passivo do SAME do Hospital Universitário.

No arquivo morto, as fichas de atendimento ficam arquivadas em caixas, as quais são etiquetadas conforme vão sendo completamente preenchidas, e são identificadas com o período de atendimento ao qual as fichas se referem. Como as caixas possuem mesmo tamanho, esse período pode corresponder a poucos dias como a uma semana, dependendo da demanda do período. Dentro de cada caixa as fichas não seguem uma ordem cronológica exata, apesar de na maioria das vezes as fichas se apresentarem numa seqüência de dia de atendimento.

A fim de conferir a aleatoriedade na retirada da amostra, foi estimado o número de centímetros que corresponde as 54.317 fichas. Sabendo então do número de fichas por centímetro retirou-se, a partir de um ponto qualquer da pilha, a retirada sistemática de uma ficha a cada 7 centímetros. Como ao final, ficaram faltando 13 fichas, dividiu-se novamente o número de centímetros que correspondia às fichas totais por 13, retirando-se então as fichas restantes.

As fichas totalmente incompletas ou com dados incompreensíveis foram substituídas pela ficha seguinte. Algumas fichas da clínica cirúrgica ou da pediatria estavam equivocadamente arquivadas nas caixas analisadas. Quando coletadas fichas como esta, a mesma foi também substituída pela ficha seguinte. 57 fichas precisaram ser substituídas.

As fichas de atendimento dos pacientes internados no HU são arquivadas anexadas ao prontuário dos mesmos. O sistema informatizado nos forneceu a lista em ordem cronológica do número do prontuário dos pacientes que foram atendidos na Emergência de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica no ano de 2004. A fim de conferir a aleatoriedade na retirada da amostra, retirou-se um número a cada 53 números. Quando o número sorteado continha uma ficha da Clínica Cirúrgica, buscou-se o próximo prontuário que continha a ficha de Clínica Médica imediatamente após o sorteado.

Segundo o SAME, no ano de 2004 foram realizados 54.317 atendimentos. Deste volume de atendimentos 4,3% (2.329 pacientes) resultaram em internação.

### **3.3.3 Aplicação de questionário aos médicos do setor**

Para auxiliar na verificação da adequação da demanda, um questionário (vide Anexo 2) foi preenchido por seis médicos(as) contratados(as), escolhidos ao acaso, que trabalham no SE do HU da UFSC. Solicitou-se a cada médico o preenchimento do questionário em separado. O questionário continha três questões fechadas e uma questão aberta.

A primeira questão do questionário mostrava uma lista de diagnósticos, cabendo ao especialista classificar cada um deles em situação de emergência/urgência, caso ambulatorial ou indefinido. Essa lista de diagnósticos corresponde aos 20 diagnósticos mais freqüentemente encontrados no grupo dos pacientes não internados. A questão seguinte perguntava se o médico identificava casos de pacientes que poderiam ser atendidos no ambulatório (não urgentes) no setor de Emergência do HU da UFSC. A terceira pergunta solicitava a proporção de pacientes não urgentes atendidos no setor de Emergência do HU. A última pergunta era aberta e competia ao médico questionado citar exemplos de situações não urgentes atendidas por ele na Emergência do HU.

Os(As) médicos(as) participaram preenchendo o questionário após estarem cientes e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide Anexo 3).

### **3.4 Descrição das Variáveis do Estudo**

Foram selecionadas as seguintes variáveis para o estudo:

- a. sexo: corresponde a duas categorias: feminino ou masculino;
- b. idade: a idade dos pacientes foi categorizada em seis faixas etárias: 14 aos 23 anos, 24 aos 33 anos, 34 aos 43 anos, 44 aos 53 anos, 54 aos 63 anos e 64 anos ou mais;
- c. procedência: refere-se à cidade de procedência. Quando o paciente era procedente de Florianópolis coletou-se também o bairro de origem.



- d. horário de atendimento: cada dia foi dividido em quatro períodos, das 00h às 5h59, das 6h às 11h59, das 12h às 17h59 e das 18h às 23h59, sendo o horário de chegada do paciente enquadrado em uma destas categorias.
- e. hipóteses diagnósticas: a catalogação dos diagnósticos foi feita conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), 10<sup>a</sup> revisão<sup>20</sup>.
- f. exames complementares solicitados: foram observados qual a frequência com que se solicita algum exame complementar;
- g. medicação administrada no SE: se foi administrada ao menos alguma medicação ou não;
- h. solicitação de parecer especializado: considerou-se sim quando estava anexado à ficha de emergência o pedido de parecer ou quando havia a descrição da solicitação de avaliação por especialista em algum lugar na ficha. Quando não havia o pedido anexado nem a descrição, foi considerado não;
- i. encaminhamento realizado: casa, ambulatório, óbito, outros ou não especificado. Quando constava na ficha que foi prescrito para casa considerou-se casa como encaminhamento. Quando estava escrito “orientada a consultar com seu médico” ou “encaminhada ao posto de saúde”, considerou-se ambulatório como encaminhamento. Considerou-se internação na emergência e evasão do paciente antes de ser reavaliado como outro encaminhamento. Foi considerado como não especificado quando não constava o preenchimento do campo Encaminhamento ou quando não continha nenhuma informação sobre este campo em outros locais da ficha.
- j. classificação da demanda em adequada e inadequada: foram considerados adequados todos os atendimentos que resultaram em internação. As 20 principais hipóteses diagnósticas observadas no grupo de pacientes não-internados foram classificadas como urgência/emergência, caso ambulatorial ou indefinido pelos médicos emergencistas, através do questionário. Os diagnósticos considerados por pelo menos cinco médicos como caso ambulatorial foram tidos como inadequados. Os casos em que pelo menos cinco especialistas reconheceram como urgência ou emergência foram considerados adequados. Além disso, foram considerados inadequados os pacientes que apresentaram todas as seguintes características: não receberam nenhum tipo de medicação ou tratamento específico, não realizaram nenhum exame complementar, não necessitaram avaliação de especialista, não tiveram como encaminhamento a internação ou óbito.

### 3.5 Análise Estatística

As variáveis categóricas (por ex. sexo, queixa, diagnóstico) foram expressas por número e porcentagem. As variáveis contínuas (por ex. idade) foram expressas pelas medidas de tendência central (média, moda, mediana, desvio padrão da média). Algumas variáveis contínuas foram categorizadas (p.ex. o horário de atendimento, faixa etária). As porcentagens foram calculadas desconsiderando os campos da ficha não preenchidos ( $n = \text{total de dados encontrados}$ ).

Quando comparamos os dados de grupos diferentes utilizamos os seguintes testes: teste  $\chi^2$  para variáveis categóricas e teste t de Student para as contínuas, sendo considerado significativo um  $p < 0,05$ .

Os dados foram digitados utilizando o programa Epi Data<sup>21</sup> e analisados no programa Epi Info 3.3.2<sup>19</sup>.

### 3.6 Aspectos Éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC aprovou o projeto segundo protocolo nº 194/05 em 27 de junho de 2005, permitindo a coleta de dados das fichas de atendimentos e dos prontuários dos pacientes internados, e a aplicação dos questionários aos médicos emergencistas sob Termo de Consentimento Livre e Esclarecido através da ementa do mesmo protocolo.

## 4. RESULTADOS

Em relação ao sexo, a maior proporção correspondeu a sexo feminino, em ambos os grupos, contando com 63% no grupo dos não internados e 53% no grupo dos pacientes internados. Não houve diferença significativa entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ) em relação a esta variável.

A média das idades no grupo dos não internados foi de 37,8 anos, com idade mínima de 14 e máxima de 91 anos. Já entre os internados, a média foi de 52,6 anos, com idade mínima de 19 e máxima de 89 anos. Houve diferença estatisticamente significativa quanto à idade entre os dois grupos ( $p = 0,0000019$ ).

Em relação à procedência dos pacientes, os dados mostram que, em ambos os grupos, a maioria dos pacientes eram oriundos da cidade de Florianópolis correspondendo a 88,4% nos não internados e 74,6% nos internados. Dos pacientes procedentes de Florianópolis, a maior parte mora em bairros próximos ao HU. Nos pacientes não internados o bairro Trindade, onde está localizado o HU, foi o mais frequentemente citado. Nos pacientes internados este bairro correspondeu ao 2º mais freqüente.

Quando consideramos o horário de chegada ao setor de emergência, nos dois grupos foi possível observar que a maior procura se dá durante o dia (das 6h as 17h59min) contando com 67,2%, como pode ser constatado na Tabela 1.

**TABELA 1** - Distribuição dos pacientes não-internados e internados por horário de chegada

Grupos	não internados		internados	
	n	%	n	%
Horário				
00h-5h59min	66	6,2	6	9,2
6h-11h59min	389	36,7	23	34,8
12h-17h59min	323	30,5	23	34,8
18h-23h59min	282	26,6	14	21,2
<b>TOTAL</b>	<b>1060</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>

Dentre os 1.067 atendimentos apenas 643 (60,2%) possuíam ao menos uma hipótese diagnóstica descrita na sua ficha. Foram encontrados 747 diagnósticos, o que denota a presença de mais de um diagnóstico em alguns pacientes. No grupo dos pacientes internados ( $n=71$ ) observou-se a mesma situação, tendo sido descritos 83 diagnósticos. As porcentagens foram calculadas considerando o total de diagnósticos encontrados ( $n=747$  e  $n=83$ ). A Tabela 2 enumera os 20 diagnósticos mais freqüentes entre os não internados, que corresponderam a

49,3% do total de diagnósticos encontrados neste grupo. Os principais diagnósticos entre os pacientes que não foram internados foram mialgia, infecção do trato urinário (ITU), infecção de vias aéreas superiores (IVAS), gastroenterite e dor lombar baixa.

**TABELA 2** – Distribuição dos principais diagnósticos entre os 1067 pacientes não internados atendidos no SE em 2004. (n=747).

CID 10	Diagnóstico segundo o CID 10	(%)	No de casos
M79.1	Mialgia	5,6	42
N39.0	ITU* de localização não especificada	5,5	41
J06.9	IVAS** não especificada	4,7	35
A09	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3,6	27
M54.5	Dor lombar baixa	3,1	23
J03.9	Amigdalite aguda não especificada	2,9	22
J18.9	Pneumonia não especificada	2,5	19
R51	Cefaléia	2,5	19
I10	Hipertensão essencial	2,4	18
J32.9	Sinusite (crônica) não especificada	2,3	17
N23	Cólica nefrética não especificada	2,1	16
R10.4	Dor abdominal não especificada	2,0	15
J45.9	Asma não especificada	1,5	11
R07.4	Dor torácica não especificada	1,3	10
R10.1	Dor epigástrica	1,3	10
F41.9	Ansiedade	1,2	9
G43.9	Enxaqueca, sem especificação	1,2	9
G90.9	Transtorno não especificado do sistema nervoso autônomo (distúrbio neurovegetativo)	1,2	9
K30	Dispepsia	1,2	9
N12	Pielonefrite	1,2	9
	<b>Total</b>	<b>49,3</b>	<b>370</b>

\* ITU – Infecção do Trato Urinário    \*\*IVAS – Infecção de Vias Aéreas Superiores

A Tabela 3 mostra os 20 diagnósticos mais freqüentes entre os internados, que corresponderam a 50,6% do total de diagnósticos encontrados neste grupo. Observar que o Acidente Vascular Cerebral correspondeu ao diagnóstico mais freqüente com 5 casos (6%).

Em seguida obtivemos ITU (4 casos, 4,8%), angina instável (4 casos, 4,8%), Pancreatite aguda com 3,6% (3 casos) e Doença pelo HIV não especificada (3 casos, 3,6%).

**TABELA 3** – Distribuição dos principais diagnósticos entre os 71 pacientes internados no SE em 2004. (n=83)

<b>CID 10</b>	<b>Diagnóstico segundo o CID 10</b>	<b>(%)</b>	<b>No de casos</b>
I64	Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	6,0	5
N39.0	ITU* de localização não especificada	4,8	4
I20.0	Angina Instável	4,8	4
K85	Pancreatite Aguda	3,6	3
B24	Doença pelo vírus HIV** não especificada	3,6	3
A09	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3,6	3
R07.4	Dor torácica, não especificada	2,4	2
N10	Pielonefrite	2,4	2
K56.4	Outras obstruções do intestino	2,4	2
J69.0	Pneumonite devido a alimento ou vômito	2,4	2
J36	Abscesso Periamigdaliano	2,4	2
R50.9	Febre não especificada	2,4	2
Z21	HIV** positivo sem outras especificações	1,2	1
Y18	Envenenamento por exposição a pesticidas	1,2	1
X20	Contato com serpentes e lagartos venenosos	1,2	1
R53	Astenia	1,2	1
R20.2	Parestesias cutâneas	1,2	1
R04.2	Hemoptise	1,2	1
N73.9	Doença inflamatória pélvica feminina	1,2	1
M46.4	Discite não especificada	1,2	1
	<b>Total</b>	<b>50,6</b>	<b>42</b>

\* ITU – Infecção do Trato Urinário \*\*HIV – Vírus da imunodeficiência humana

A Tabela 4 apresenta a porcentagem de diagnósticos encontrados no grupo dos pacientes não internados e nos pacientes internados, segundo os capítulos do CID 10. As doenças do aparelho respiratório predominaram no grupo dos não internados com 21,5% dos casos. O capítulo de sintomas e sinais gerais correspondeu a 13,7%. As doenças do sistema osteomuscular ficaram em terceiro lugar, com 12,8%. Em seguida obtivemos as doenças do

aparelho genitourinário com 12,5% e as doenças do aparelho circulatório com 7% dos atendimentos (Tabela5).

**TABELA 4** – Distribuição das hipóteses diagnósticas entre o grupo de pacientes não-internados e internados, de acordo com o CID 10

Grupo	não-internados		internados	
	n	%	n	%
<b>CID</b>				
I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	54	7,2	12	14,5
II (Neoplasias)	1	0,1	2	2,4
III (Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, e alguns transtornos imunitários)	1	0,1	2	2,4
IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas)	6	0,8	3	3,6
V (Transtornos mentais e comportamentais)	23	3,1	1	1,2
VI (Doenças do Sistema Nervoso)	24	3,2	4	4,8
VII (Doenças do olho e anexos)	8	1,1	0	0,0
VIII (Doenças do ouvido e apófise mastóide)	27	3,6	0	0,0
IX (Doenças do aparelho circulatório)	52	7,0	17	20,5
X (Doenças do aparelho respiratório)	161	21,5	9	10,8
XI (Doenças do aparelho digestivo)	32	4,3	8	9,6
XII (Doenças da pele e do tecido subcutâneo)	17	2,2	1	1,2
XIII (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo)	96	12,8	2	2,4
XIV (Doenças do aparelho geniturinário)	93	12,5	8	9,6
XV (Gravidez, parto e puerpério)	2	0,3	0	0,0
XVI (Algumas afecções originadas no período neonatal)	0	0,0	0	0,0
XVII (Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas)	0	0,0	0	0,0
XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte)	102	13,7	10	12,0
XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas)	29	3,9	1	1,2
XX (Causas externas de morbidade e mortalidade)	16	2,1	2	2,4
XXI (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde)	3	0,4	1	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>747</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 6 mostra a frequência dos diagnósticos no grupo dos pacientes internados, de acordo com os capítulos do CID 10. Para estes pacientes, o Grupo IX (Doenças do aparelho circulatório) foi o que obteve o maior volume de diagnósticos, 17 casos (20,5%). Em segundo lugar, desconsiderando o capítulo de Sinais e Sintomas, obtivemos as doenças infecciosas e parasitárias, 12 casos (14,5%). Em seguida temos as doenças do aparelho respiratório (9 casos, 10,8 %) e as doenças do aparelho digestivo (8 casos, 9,6%).

**TABELA 5** – Frequência dos diagnósticos entre os 1067 pacientes de acordo com os capítulos do CID 10 (n=747)

<b>CID 10</b>	<b>Capítulo</b>	<b>Frequência (%)</b>
X	Doenças do aparelho respiratório	21,5
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	13,7
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	12,8
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	12,5
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,2
IX	Doenças do aparelho circulatório	7,0
XI	Doenças do aparelho digestivo	4,3
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	3,9
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3,6
VI	Doenças do sistema nervoso	3,2
V	Transtornos mentais e comportamentais	3,1
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,3
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,1
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0,8
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0,4
XV	Gravidez, parto e puerpério	0,3

**TABELA 6** – Frequência dos diagnósticos entre os 71 pacientes de acordo com os capítulos do CID 10 (n=83)

<b>CID 10</b>	<b>Capítulo</b>	<b>Frequência (%)</b>
IX	Doenças do aparelho circulatório	20,5
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,5
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12,0
X	Doenças do aparelho respiratório	10,8
XI	Doenças do aparelho digestivo	9,6
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	9,6
VI	Doenças do sistema nervoso	4,8
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3,6
II	Neoplasias [tumores]	2,4
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2,4
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2,4
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,4

<b>CID 10</b>	<b>Capítulo</b>	<b>Frequência (%)</b>
V	Transtornos mentais e comportamentais	1,2
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,2
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	1,2
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1,2

Ao solicitar exames complementares, observamos que no grupo dos internados 78,9% (56 casos) dos pacientes precisaram realizar algum tempo de exame complementar. No grupo de pacientes não internados a realização de algum exame ocorreu em apenas 33,2% (354 pacientes).

96,5% (1030 casos) dos pacientes não internados não precisaram de parecer especializado, contra 3,5% (37 casos) de pacientes que precisaram. Do grupo dos pacientes internados apenas 4,2% (3 casos) receberam parecer de especialista contra 95,8% (68) que não receberam.

Em relação à medicação administrada no SE, observou-se que no grupo dos pacientes não internados 41,2% dos pacientes (440 casos) não receberam nenhuma medicação. No grupo dos pacientes internados, isto ocorreu em 40,8% dos pacientes (29 casos).

Em relação ao encaminhamento, a Tabela 7 mostra a distribuição dos pacientes de acordo com o destino dado a eles. Observar que 70% dos pacientes não tinham descrito na sua ficha qual encaminhamento realizado. Na figura 1 pode-se observar a distribuição dos encaminhamentos desconsiderando as fichas não preenchidas. O encaminhamento casa foi o mais realizado.

**TABELA 7** – Distribuição dos pacientes de acordo com o destino dado a eles (n=1067)

<b>Encaminhamento</b>	<b>Frequência (%)</b>
Casa	15,3 (163 casos)
Ambulatório	10,9 (116 casos)
Outros	3,8 (41 casos)
Não preenchido	70 (747 casos)



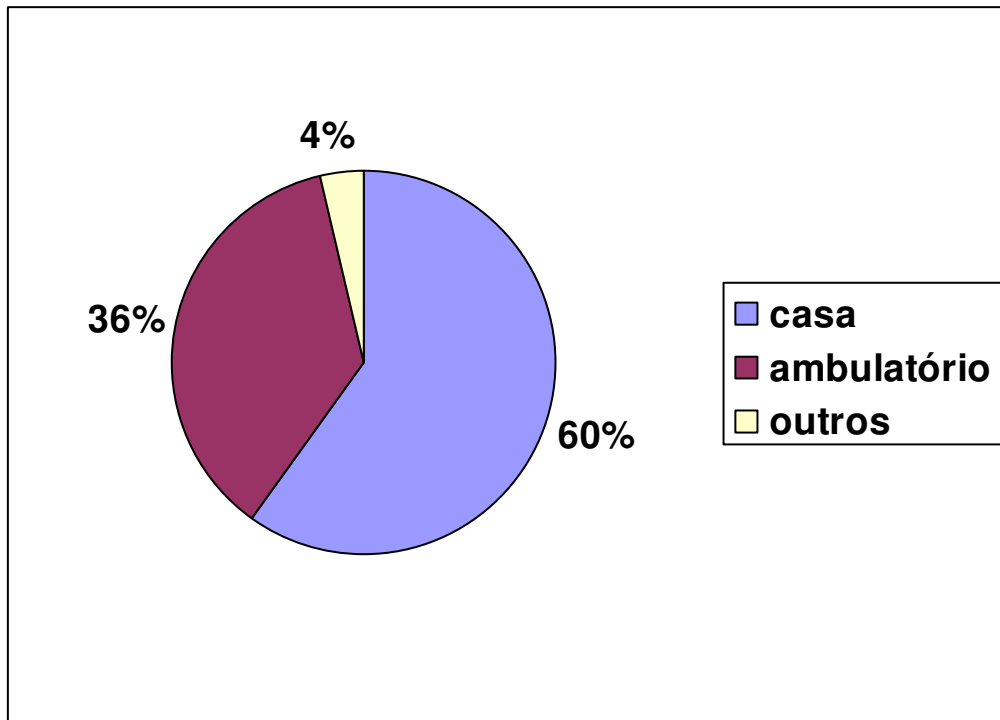


FIGURA 1– Encaminhamento dado pelo médico aos pacientes do grupo dos não internados, desconsiderando as fichas não preenchidas (n=320)

Foram observados 28% de pacientes entre os não internados que apresentaram todas as seguintes características: não receberam nenhum tipo de medicação ou tratamento específico, não realizaram nenhum exame complementar, não necessitaram avaliação de especialista, não tiveram como encaminhamento a internação ou óbito.

Em relação ao questionário aplicado aos médicos, pode-se observar que dentre os 20 diagnósticos questionados, IVAS (J06.9), Amigdalite aguda não especificada (J03.9), dor lombar baixa (M54.5), sinusite (J32.9), ansiedade (F41.9), enxaqueca (G43.9), dispepsia (K30) e distúrbio neuro-vegetativo(G90.9) foram considerados como podendo ser tratados em nível ambulatorial. Estes diagnósticos corresponderam a 40% dos 20 diagnósticos mais frequentes e 17,8% do total de diagnósticos realizados no grupo dos pacientes não internados. Foram descritos como emergência/urgência 10% (2 casos) dos diagnósticos mais frequentes, sendo eles pielonefrite (N12) e cólica nefrética (N23). A tabela 8 mostra a frequência com que cada diagnóstico foi tido como emergência/urgência, caso ambulatorial (não-urgente) e indefinido. Observar que seis diagnósticos foram considerados como caso ambulatorial por todos os médicos, o que não ocorreu com os que foram tidos como emergência.

**TABELA 8** – Classificação pelos médicos emergencistas segundo gravidade do diagnóstico (n=6)

<b>CID 10</b>	<b>Diagnóstico segundo o CID 10</b>	<b>Emergência/ Urgência</b>	<b>Caso ambulatorial</b>	<b>Indefinido</b>
M79.1	Mialgia	0	4 (67%)	2 (33%)
N39.0	ITU* de localização não especificada	0	3 (50%)	3 (50%)
J06.9	IVAS** não especificada	0	6 (100%)	
A09	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	0	4 (67%)	2 (33%)
M54.5	Dor lombar baixa	0	6 (100%)	
J03.9	Amigdalite aguda não especificada	0	5 (83,5%)	1 (16,5%)
J18.9	Pneumonia não especificada	4 (67%)	0	2 (33%)
R51	cefaléia	3 (50%)	0	3 (50%)
I10	Hipertensão essencial	1 (16,5%)	4 (67%)	1 (16,5%)
J32.9	Sinusite (crônica) não especificada	0	6(100%)	0
N23	Cólica nefrética não especificada	5 (83,5%)	0	1 (16,5%)
R10.4	Dor abdominal não especificada	2 (33%)	0	4 (67%)
J45.9	Asma não especificada	2 (33%)	0	4 (67%)
R07.4	Dor torácica não especificada	3 (50%)	0	3 (50%)
R10.1	Dor epigástrica	0	3(50%)	3 (50%)
F41.9	Ansiedade	0	6 (100%)	
G43.9	Enxaqueca, sem especificação	0	6 (100%)	
G90.9	Transtorno não especificado do sistema nervoso autônomo (distúrbio neuro-vegetativo)	0	5 (83,5%)	1 (16,5%)
K30	Dispepsia	0	6 (100%)	0
N12	Pielonefrite	5 (83,5%)	0	1 (16,5%)

\* ITU – Infecção do Trato Urinário

\*\*IVAS – Infecção de Vias Aéreas Superiores

Em relação à pergunta “Você identifica casos de pacientes que poderiam ser atendidos no ambulatório (pacientes não urgentes) no Setor de Emergência do HU da UFSC?”, todos os médicos responderam SIM.

Todos os médicos consideraram que aproximadamente 2/3 dos atendimentos (75%) são de pacientes não urgentes ao responder à pergunta “Assinale a porcentagem aproximada de pacientes que você atende no setor de Emergência do HU da UFSC que você considera como não urgente”.

Quando foi solicitado aos médicos citar exemplos de situações clínicas atendidas no Setor de Emergência do HU da UFSC que poderiam ter ser atendidas a nível ambulatorial, as seguintes respostas foram obtidas:

Resposta 1: Praticamente todas as citadas acima

Resposta 2: HAS (não emergência hipertensiva), cistite, atraso menstrual, DST, IVAS, artralgia, hiperglicemia crônica (não complicação aguda encaminhada pelo posto)

Resposta 3: Rolha de cerume, amigdalite, otite, lombociatalgia crônica

Resposta 4: IVAS simples, dores crônicas, diarreias simples, lesões cutâneas crônicas, unha encravada, rolha de cerume, ansiedade, depressão

Resposta 5: dor muscular, lesões de pele, ansiedade, dispepsia

Resposta 6: cefaléia crônica, dor abdominal crônica, dor lombar crônica, vulvovaginite, ansiedade, depressão, epigastralgia

O Quadro 1 agrupa os exemplos dados pelos médicos emergencistas de acordo com o sistema envolvido.

**Quadro 1** – Exemplos de diagnósticos atendidos na Emergência de Clínica Médica do HU que poderiam ser atendidos a nível ambulatorial, segundo os médicos do setor

<b>Aparelho Circulatório</b> Hipertensão Arterial Crônica	<b>Aparelho osteomuscular</b> Artralgia Lombociatalgia crônica Dor lombar crônica Dor muscular
<b>Aparelho respiratório</b> Infecção de Vias Aéreas Superiores Amigdalite	<b>Transtornos mentais e comportamentais</b> Ansiedade Depressão
<b>Pele</b> Lesões cutâneas crônicas Unha encravada	<b>Doenças do ouvido</b> Otite Rolha de cerume
<b>Aparelho genitourinário</b> Cistite Atraso Menstrual Doença Sexualmente Transmissível Vulvovaginite	<b>Sinais e Sintomas</b> Cefaléia crônica Dor abdominal crônica Epigastralgia Dores crônicas
<b>Aparelho digestivo</b> dispepsia	

## 5. DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo observacional dos atendimentos realizados no ano de 2004 na Emergência de Clínica Médica do HU da UFSC onde, segundo os médicos do setor, 40% dos diagnósticos mais freqüentemente realizados são inadequados ao setor. Alguns dados encontrados no perfil do paciente atendido no SE caracterizam seu caráter não urgente: a baixa proporção de pacientes internados, a grande parcela de pacientes que não necessita de nenhum procedimento ou tratamento hospitalar específico, o fato de o paciente ser encaminhado para casa na maioria das vezes. Os achados deste estudo são importantes para o ensino médico, na organização do setor e no planejamento de ações de saúde.

A maioria dos pacientes não internados é do sexo feminino, jovem (com idade média de 37,8 anos), procedente da cidade de Florianópolis, especialmente do bairro Trindade. 33% desses pacientes realizaram algum tipo de exame complementar. Em relação aos diagnósticos, os mais freqüentemente encontrados são doenças do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e do aparelho geniturinário. Dentre os 20 diagnósticos mais freqüentes, 40% foram considerados não adequados ao setor pelos médicos especialistas. Em geral esses pacientes são encaminhados para casa.

Enquanto no estudo de Peixoto Filho *et al.*<sup>3</sup>, estudando nosso serviço em 1990, encontrou predomínio de mulheres entre os não internados e de homens entre os internados, nosso estudo não observou o mesmo. Luz<sup>22</sup> encontrou entre os atendimentos uma proporção semelhante de homens e mulheres. Rodríguez *et al.*<sup>5</sup> e Lee *et al.*<sup>10</sup> estudando os casos adequados e inadequados e a proporção de homens e mulheres em cada grupo não observaram diferença estatística entre eles.

Os pacientes mais velhos apresentam mais doenças que requerem atenção hospitalar do que pacientes mais jovens<sup>5</sup>. Logo, num SE seria esperado encontrarmos uma proporção de atendimentos bem superior de indivíduos mais velhos. Em nosso estudo, foi possível notar que no grupo dos pacientes não-internados, há predomínio de pacientes mais jovens. No grupo dos internados predomina a população idosa. Peixoto Filho *et al.*<sup>3</sup> encontrou neste mesmo SE, em 1988, resultados semelhantes. Furtado *et al.*<sup>4</sup> obteve como a maior parcela de todos os atendimentos, independente do desfecho, composta das faixas etárias mais jovens, assim como Luz<sup>22</sup>. Jacobs *et al.*<sup>2</sup> percebeu que no seu serviço quanto mais idade o paciente tem, maior a relação de observações e internamentos por consulta. Rodríguez *et al.*<sup>5</sup> e Lee *et al.*<sup>10</sup> referem que a freqüência de casos inadequados ao SE é inversamente proporcional a idade, sendo que as emergências ocorrem mais em pacientes maiores de 60 anos.

Nosso trabalho mostra que a procura ao SE ocorre mais durante o dia, tanto para pacientes internados como não internados. Fajardo-Ortiz *et al.*<sup>6</sup> também observou em relação ao total de atendimentos, que a maior procura pelo SE se dá durante o dia, com apenas 14,5% durante a noite. Apesar da procura à noite ser menor, este turno apresentou a maior porcentagem de urgências verdadeiras, correspondendo a 51% dos atendimentos à noite<sup>6</sup>. Jacobs *et al.*<sup>2</sup> refere que 86,1% dos atendimentos ocorreram entre 8h e 22h59, acompanhando o ciclo sono-vigília. Rodríguez *et al.*<sup>5</sup> encontrou que a o predomínio da demanda das 8h as 17h as custas principalmente de pacientes não urgentes, sendo a proporção de pacientes adequados ocorrendo muito mais à noite. Notou que a maior proporção de atendimentos ocorreu durante o dia (1,8 vez mais)<sup>5</sup>, no entanto, a maior proporção de emergências ocorreu durante à noite, nos fins de semana e feriados.

Alguns autores apontam que um maior uso do SE está relacionado a menor distância do SE à moradia do paciente<sup>8,10</sup>. No nosso estudo observamos que a maior parte dos pacientes atendidos são procedentes de Florianópolis (84% nos não internados e 74,6% nos pacientes internados). Em estudo realizado em outro hospital de Florianópolis este achado correspondeu a 90% dos atendimentos<sup>8</sup>. Além disso, observamos que um dos principais bairros de origem é a Trindade (bairro o qual pertence o HU), bairro este que possui Posto de Saúde. Além disso, se levarmos em conta que a maior procura pelo SE ocorre durante o dia e que há Posto de Saúde presente neste bairro, se torna inevitável questionar o motivo para o paciente buscar o SE. Howard *et al.*<sup>23</sup> chama a atenção para o fato de que na nossa sociedade há o imediatismo, onde os consumidores esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos. Luz<sup>22</sup> refere, como o motivo mais citado pelos pacientes para a procura ao SE, a proximidade em relação ao domicílio, trabalho ou ao local do acidente.

Jacobs *et al.*<sup>2</sup> notou que quanto mais perto do hospital a procedência, maior o número de consultas seguidas de alta sem observação, mas que a relação de internamentos por pacientes observados não sofria influência da procedência. Concluiu que a maioria dos pacientes que procura a unidade de emergência necessita de atendimentos de baixa complexidade, principalmente quando procedem de bairros próximos ao hospital.

Peixoto e Filho *et al.*<sup>3</sup> obtiveram em relação aos diagnósticos mais freqüentes entre os não internados e internados resultados semelhantes ao nosso estudo. Jacobs *et al.*<sup>2</sup> encontrou que a partir dos 30 anos há um aumento da freqüência das doenças do aparelho circulatório (CID 10 "I"), sendo a partir dos 60 anos a primeira causa de atendimento. Em nosso estudo encontramos resultados semelhantes, obtendo também neste grupo de pacientes o predomínio das doenças do aparelho cardiovascular.

Em relação ao fato de o paciente ter recebido alguma medicação no setor, ter realizado algum exame complementar e em relação ao encaminhamento dado após a consulta, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Em nosso estudo notamos que no grupo dos pacientes não internados 41,2% dos pacientes não receberam nenhuma medicação. Luz<sup>22</sup> observou 39%. Luz<sup>22</sup> encontrou que apenas em 20,9% dos casos algum exame complementar foi solicitado, enquanto nós encontramos 33,2%. Em 1988, o HU da UFSC teve a maioria dos pacientes liberada para casa sem outras determinações<sup>3</sup>. Observação esta também feita por Luz<sup>22</sup>.

A internação pode ser considerada como critério de adequação<sup>13,24,25</sup>. Em nosso estudo foi possível observar que aproximadamente 5% dos atendimentos realizados na Emergência de Clínica Médica do HU resultam em internação. Em 1988, essa proporção era de aproximadamente 5,5%<sup>3</sup>. Jacobs *et al.*<sup>2</sup> estudando o SE de um hospital de Salvador encontrou 10,7%. Lowe *et al.*<sup>13</sup> observou 10%. e Mustard *et al.*<sup>25</sup> 13%.

Dentre os 20 diagnósticos mais frequentes entre os não internados foi interessante observar que seis situações foram tidas como caso ambulatorial por todos os médicos do setor: IVAS (J06.9), Amigdalite aguda não especificada (J03.9), dor lombar baixa (M54.5), sinusite (J32.9), ansiedade (F41.9), enxaqueca (G43.9), dispepsia (K30) e distúrbio neurovegetativo(G90.9). Nenhum diagnóstico foi tido como emergência/urgência por unanimidade. Uma boa parte dos diagnósticos não foi consenso entre os especialistas. Apesar da falta de consenso da emergencialidade de muitos diagnósticos, é importante observar que todos os especialistas referiram que 75% dos atendimentos poderiam ser tratados fora do SE. Além disso, os diagnósticos citados por eles como sendo casos ambulatoriais atendidos no SE são encontrados com frequência entre os motivos de atendimento.

Alguns diagnósticos citados pelos emergencistas como sendo de menor gravidade, também foram considerados por médicos emergencistas em outro estudo<sup>26</sup> como o sendo, tais como ansiedade, IVAS e sinusite. A pielonefrite, considerada como de maior gravidade por nossos emergencistas também foi considerada por este mesmo autor<sup>26</sup>.

Quando se solicitou que os médicos citassem exemplos de situações que poderiam ser atendidas em nível ambulatorial, muitos exemplos se referem a doenças com caráter crônico (Quadro 1). Bezzina *et al.*<sup>24</sup> considerou o tempo da apresentação da condição como critério para adequação da demanda. Segundo ele, somado a outros fatores, quanto mais aguda a situação, mais adequada ao SE.

O fato de muitos diagnósticos pertencerem ao capítulo de sinais e sintomas do CID 10, como cefaléia ou dor abdominal, pode ter prejudicado a avaliação dos especialistas, uma vez que várias doenças mais graves ou menos graves pode se apresentar com o sinal/sintoma.

Apesar disto, é possível inferir que parece ser mais fácil identificar as situações as quais não precisam ser resolvidas no SE do que estabelecer quais situações são adequadas à sala de emergência. Não foi dado ao médico um critério para que ele decidisse o que é ou não emergência. Essa subjetividade também pode ter contribuído para a falta de consenso entre alguns diagnósticos.

Classificar a demanda de um serviço em adequada ou inadequada ao setor é uma tarefa bastante complicada, visto que esta classificação está na dependência de critérios que diferenciem o que é realmente emergência do que é um caso ambulatorial. Não existe um critério bem definido para estipular tal conceito<sup>13,24,27,28</sup>, sendo difícil determinar quais pacientes se enquadram no conceito e, dependendo de como se classifica a demanda, obtêm-se diferentes proporções de pacientes inadequados ao setor, variando de 6 a 80%<sup>28</sup>. Isto explica, em parte, o porquê da variação tão grande na proporção de pacientes não urgentes entre os diversos estudos sobre adequação da demanda. Importante ressaltar que, apesar da utilização de critérios diferentes e da variabilidade de resultados, encontramos muitos estudos que referem uma emergência lotada<sup>28</sup>, às custas principalmente de pacientes não urgentes (inadequados ao setor).

Com objetivo de classificar a demanda em adequada ou inadequada ao setor muitos são os critérios propostos na literatura. O Colégio Americano de Médicos Emergencistas (ACEP)<sup>16</sup> sugeriu, em 1994, a seguinte definição para uma condição emergencial: qualquer condição médica de início e severidade recentes, incluindo a dor severa, a qual levaria uma pessoa leiga prudente, possuindo noções básicas de medicina e saúde, a acreditar que sua condição é de tal natureza que necessita de atenção médica urgente, sem a qual estaria sujeito a grave perigo de saúde ou sério prejuízo às funções orgânicas, de algum órgão ou parte. Por ser retrospectivo nosso estudo, não foi investigada a opinião dos pacientes.

Hunt *et al.*<sup>27</sup> utiliza como definição de Emergência o seguinte: “Condição médica repentina (incluindo dor intensa) de gravidade suficiente para que a ausência de atenção médica imediata resulte em A. grave dano a saúde do paciente, B. comprometimento da função orgânica, C. grave dano de algum órgão ou parte do corpo”. Utilizando este conceito, retrospectivamente, 11,2% dos pacientes daquele estudo<sup>27</sup> foram considerados adequados pelos médicos.

Stein *et al.*<sup>9</sup> utilizou como critério para avaliar a gravidade a resolução 1451 do Conselho Federal de Medicina de 1995 que classifica da seguinte forma: A. emergência: caso que precisa de cuidados imediatos, o paciente corre risco de morte B. urgência: precisaria de atendimento dentro de 24 horas e C. eletivo: poderia ter seu atendimento após 24 horas. Neste

estudo<sup>9</sup> 15% foram considerados emergência, 46% urgentes e 39% casos eletivos. O'Brien *et al.*<sup>26</sup> utiliza critério semelhante, retrospectivamente, considerando inadequado ao SE o paciente que poderia ser atendido por um médico generalista após 24 horas sem prejuízo à saúde do paciente. Esse autor<sup>26</sup> encontrou 47% de pacientes inadequados.

Souza<sup>8</sup> em seu estudo em outro hospital de Florianópolis avaliou a demanda baseado no critério de tempo hábil para a intervenção terapêutica, desde a chegada do paciente ao SE, considerando como necessitando de atendimento em serviço de emergência aqueles pacientes que precisam de alguma intervenção terapêutica até 12 horas após a sua chegada ao SE, e como não urgência os pacientes que podem ser tratados em intervalo maior de tempo. Concluiu desta forma que 57% dos pacientes atendidos eram inadequados. Peixoto Filho *et al.*<sup>17</sup>, estudou o nosso serviço em 1990, utilizando este mesmo critério, obtendo 68,5% como podendo ser atendido em nível ambulatorial.

Rodriguez *et al.*<sup>5</sup> classificou sua demanda em A.emergência de primeira prioridade – requer medidas imediatas, pois compromete a vida do paciente; B.urgência de segunda prioridade – o qual a evolução do quadro poderia representar risco a vida do paciente; e C.urgência de terceira prioridade – condição que não coloca em risco a vida do paciente. Segundo este autor<sup>5</sup>, as urgências adequadas a nível hospitalar seriam as de primeira e a maior parte das de segunda prioridade. As outras poderiam ser solucionadas no sistema de atenção primária. Notou em seu estudo que apenas 15,4% da demanda foi tida como adequada.

Segundo o estudo de Furtado *et al.*<sup>4</sup>, o qual classificou a amostra baseando-se na análise dos diagnósticos por uma equipe de especialistas em emergência, a proporção de pacientes inadequados correspondeu a 74,5%. Já O'Brien *et al.*<sup>26</sup>, utilizando o mesmo critério, encontrou uma proporção de 28% de pacientes inadequados.

Segundo Fajardo-Ortiz *et al.*<sup>6</sup>, o qual considerou urgência verdadeira o paciente que após avaliação médica precisou permanecer no hospital, encontrou 64,12% de urgências não verdadeiras.

Lowe *et al.*<sup>13</sup> utilizou alguns critérios para classificar retrospectivamente sua demanda os quais puderam ser utilizados por nós. Foi considerado adequado: se o paciente não necessitou de alguma intervenção terapêutica no setor, ou de exames complementares ou de parecer especializado, e se a avaliação médica não resultou em internação. Encontrou em seu estudo, desta maneira, 66%. Em nosso estudo pudemos concluir que pelo menos 28% dos atendimentos foram de pacientes inadequados, segundo estes critérios, ou seja, poderiam ter seus problemas resolvidos em outro momento, fora dos serviços de emergência.

De acordo com diversos autores não há uma única razão para a grande proporção de pacientes não urgentes, sendo vários os fatores que contribuem para o uso inadequado do



Serviço de Emergência: a atração dos pacientes por hospitais de grande porte<sup>6</sup>, pelo fato de no SE o atendimento ser imediato, não precisando marcar consulta<sup>17,28,29</sup> e a atenção primária ter horários específicos de atendimento<sup>23,30</sup>, a crença de que o atendimento é melhor<sup>17,22,29,30</sup> e pela presença de um médico durante todo o dia e noite<sup>7,8,23</sup>. Além disso, o uso do SE também está associado à crença na necessidade de exames complementares<sup>7,18</sup>, à facilidade para sua realização<sup>2,7,18</sup>, maior rapidez no atendimento<sup>8,17</sup>, à falta de acesso a outros serviços<sup>4,17,23,27-29</sup>, à desinformação da população sobre o funcionamento do SE<sup>4,17</sup> e à percepção inadequada da patologia e sua urgência pelo paciente<sup>27,28,30</sup>, levando ao sentimento de que sua condição clínica necessite de tratamento urgente<sup>29</sup>. O aumento da população nas grandes cidades<sup>6</sup>, a maior longevidade da população levando a um aumento das doenças crônico-degenerativas<sup>4</sup> são fatores que contribuem para o aumento da utilização do SE.

O SE tem como principal função atender pacientes graves ou que se encontram em situações clínicas que não podem esperar por uma consulta marcada, pois isto implicaria em risco de vida ou prejuízo a saúde do paciente<sup>9</sup>. Este setor não deveria ser a primeira opção para ingressar no sistema, levando em conta a hierarquização que preconiza o Ministério da Saúde, nem poderia ser serviço de uso regular para os usuários<sup>31</sup>. Os Postos de Saúde, ao contrário do SE, se constituem no recurso que deva ser utilizado para estes fins<sup>31</sup>. Uma das características da atenção primária é ser porta de entrada para o sistema de saúde<sup>1</sup>. Isto implica em acessibilidade e no reconhecimento pela população e pela equipe de saúde como primeiro recurso de saúde a ser utilizado<sup>1</sup>. Em pesquisa realizada em 2003 pelo IBGE (PNAD 2003)<sup>31</sup>, observou-se que cerca de 80% da população brasileira referiu ter um serviço de uso regular. Ter um serviço de uso regular significa que as pessoas tinham um serviço do qual se utilizavam rotineiramente como porta de entrada ao sistema único de saúde. Apesar de ter ocorrido um aumento na utilização dos Postos de Saúde como serviço de uso regular houve um aumento do número de pessoas, em relação ao ano de 1998 (PNDA 1998), que referiram a Emergência como tal (4,8% para 5,8%). O uso do Pronto-Socorro ou Emergência como serviço de uso regular não é considerado adequado<sup>31</sup>.

Houveram algumas dificuldades encontradas no momento da coleta de dados. A forma com que as fichas de atendimento ficam arquivadas dificultou a coleta. Além disso, outro problema encontrado foi a existência de inúmeras fichas incompletas ou preenchidas de forma ilegível. Em 2004, um estudo do perfil de pacientes atendidas no setor de Emergência da Gineco-Obstetrícia do HU já constatava este mesmo problema, sugerindo que os registros fossem preenchidos de maneira cuidadosa, anotando-se todos os dados disponíveis<sup>7</sup>.

A falta de padronização com que se preenche estas fichas também pode ter prejudicado a adequada coleta dos dados e sua posterior análise. Algumas hipóteses

diagnósticas geraram dúvidas. Uma das hipóteses mais observadas foi dor osteo-muscular, curiosamente não encontrada no CID 10. Classificar a doença de acordo com o CID 10 no momento da consulta tornaria mais fácil e rápida a pesquisa e, principalmente, tornaria inexistente a incorreta interpretação deste dado em pesquisas posteriores.

Nosso estudo possui algumas limitações. A falta de padronização pode ter prejudicado a coleta dos dados e sua interpretação. O fato de o estudo ser retrospectivo pode ter sido um dos motivos para que tantos diagnósticos não tivessem obtido consenso entre os médicos. Eles só avaliaram os diagnósticos finais, sem ter conhecimento de outros dados inerentes ao atendimento. Além disso, avaliaram os diagnósticos mais frequentes, representando a metade dos atendimentos realizados. Observaram-se apenas dados objetivos, não se levando em conta a opinião dos pacientes, sendo a auto-avaliação de urgência/não urgência realizado pelo paciente critério de adequação segundo a ACEP<sup>16</sup>.

É importante que se tenha conhecimento amplo das características inerentes a cada serviço, assim como os fatores que contribuem para a sua incorreta utilização ou para a diminuição da sua eficiência e qualidade para que aqueles que administram e planejam possam fazê-lo de forma certa.

Por se tratar de um hospital escola, conhecer o perfil da demanda do serviço torna-se essencial, para que os professores possam planejar a programação de aulas práticas e teóricas, discutindo inclusive as diferentes definições de emergência/urgência. Além disso, conhecer qual a proporção de pacientes urgentes e não urgentes pode ajudar na organização do serviço.

O sistema de saúde apresenta um modelo falho quando se trata de dar conta da demanda<sup>32</sup>. O atendimento se dá de forma seletiva (em função do poder de compra do usuário), excludente (condiciona o direito à assistência ao racionamento dos gastos) e focalizada (ao restringir o atendimento público a determinados serviços)<sup>32</sup>. Outro problema observado dentro do sistema de saúde é a sua fragmentação. Não há sequer uma comunicação entre médicos emergencistas e médicos da atenção primária. Além do acesso fácil que o paciente deve ter a um serviço de uso regular, é recomendável que o SE estabeleça uma política de continuidade do tratamento que foi dado na instituição<sup>33</sup>. O fortalecimento da rede ambulatorial, a estruturação adequada da atenção primária, a educação sanitária são fundamentais para a diminuição do ônus do SE, permitindo maior tempo dos profissionais dedicado aos pacientes urgentes, ao funcionamento com maior eficiência e menor custo, além de que pacientes não urgentes atendidos ambulatorialmente também se beneficiariam, visto que o atendimento a esse nível é personalizado e permite seguimento<sup>17</sup>.

Para ter melhora no sistema de saúde é importante que se obtenha um serviço ambulatorial organizado e eficiente. Stein *et al.*<sup>9</sup> concluiu, em estudo realizado em outro

hospital brasileiro, que pacientes que possuíam um médico da atenção primária tinham três vezes mais chance de se consultar no SE por uma emergência verdadeira do que aqueles que não possuem um médico da atenção primária.

A utilização do SE depende tanto do acesso a serviços alternativos quanto da percepção de urgência da situação pelo paciente<sup>27</sup>. Educar a população, fazendo com que ela conheça o funcionamento do SE, tenha conhecimentos ampliados de saúde e melhore o acesso também pode contribuir para uma melhor adequação da demanda do SE.

Mecanismos de triagem que encaminhem pacientes para outros serviços<sup>23</sup> também podem ser criados, assim como disponibilizar consultas de atenção primária durante 24 horas do dia e nos fins de semana e feriados<sup>6</sup>.

Quaisquer que sejam as impressões acerca da adequação da demanda, a população procura o setor de emergência e os médicos precisarão vê-las e examiná-las, de tal forma que os pacientes não corram riscos nem os médicos incorram em erros<sup>22</sup>. É preciso discutir de forma ampla mecanismos não só para deter a grande proporção de pacientes inadequados, mas também estratégias de melhora do próprio funcionamento do SE, buscando agilidade, eficiência e alternativas para atender essa parcela de pacientes não urgentes sem impedir o acesso rápido a pacientes que realmente precisam do setor.

Espera-se que este trabalho seja incentivador de projetos de pesquisa que busquem identificar o motivo pelo qual pacientes inadequados deste serviço procuram o SE. Seria interessante conhecer custo direto e indireto dos atendimentos do SE, estudar qualidade e quantidade de recursos humanos e carga de trabalho do SE e da atenção primária e recursos físicos do nosso SE. É preciso também outros estudos, prospectivos, que discutam critérios e sejam capazes de abordar a adequação da parcela dos atendimentos que permanece indefinida.

## 6. CONCLUSÕES

Diante dos resultados apontados pode-se concluir que:

De acordo com os médicos emergencistas, uma parcela dos pacientes que procuram o SE poderia ser atendida fora deste setor, uma parte deles é considerada adequada e sobre uma parcela dos diagnósticos mais freqüentes não há consenso sobre sua adequação. A impressão geral dos médicos emergencistas é que a maior parte dos motivos de atendimentos poderiam ter seus problemas resolvidos na atenção primária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: Conduitas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. São Paulo: Artmed; 2004.
2. Jacobs PC, Matos EP. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador – Bahia. Rev Ass Med Brasil. 2005;51(6):348-53.
3. Peixoto Filho AJ, Campos HD, Botelho LJ. Serviço de emergência em clínica médica do Hospital Universitário da UFSC: estudo do perfil da demanda. Arquivos Catarinenses de Medicina 1990;19(1):37-44.
4. Furtado BMASM, Araújo Jr. JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(3):279-88.
5. Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP. Urgencias clínicas comportamiento según su gravedad. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(4):329-35.
6. Fajardo-Ortiz G, Ramírez-Fernández FA. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especializadas. Cirujía y Cirujianos 2000;68(4):165-8.
7. Silveira RB. Estudo dos atendimentos realizados na emergência gineco-obstétrica do Hospital Universitário [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2004.
8. Souza JE. Avaliação da Necessidade de Atendimento no Serviço de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos: Um estudo transversal [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1996.
9. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. Fam Pract. 2002 Apr;19(2):207-10.
10. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. Soc Sci Med. 2000 Oct;51(7):1075-85.
11. Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. Paediatric utilization of an emergency department in Italy. Eur J Public Health. 2006 Feb 14.
12. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. Eur J Epidemiol. 1997 Feb;13(2):223-8.
13. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. Am J Emerg Med. 1997 Mar;15(2):133-6.
14. Michaellis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
15. Stedman Dicionário Médico 27 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

16. ACEP Reimbursement Committee: Fighting managed care denials in the emergency department. Dallas, Texas, American College of Emergency Physicians, 1999, 1-27.
17. Peixoto Filho AJ, Vasconcelos FA, Silva RM, Botelho LJ. Avaliação da gravidade dos atendimentos no Serviço de Emergência do Hospital Universitário da UFSC. *Rev Ass Med Brasil*. 1991, 34(2):91-4.
18. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J*. 2001 Nov;18(6):482-7.
19. Epi Info™ Version 3.3.2. 2005.
20. OMS. Organização Mundial de saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª rev. Brasília: OMS; 2000.
21. EpiData Version 3.1. 2006.
22. Luz GD. Análise dos atendimentos dos serviços de emergência de um hospital geral. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1996.
23. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs*. 2005 Oct;31(5):429-35.
24. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2005 Oct-Dec;17(5-6):472-9.
25. Mustard CA, Kozyrskyj AL, Barer ML, Sheps S. Emergency department use as a component of total ambulatory care: a population perspective. *Cmaj*. 1998 Jan 13;158(1):49-55.
26. Brien GM, Fagan MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. Do internists and emergency physicians agree on the appropriateness of Emergency Department Visits? *J Gen Intern Med*. 1997;12:188-91.
27. Hunt RC, DeHart KL, Allison EJ, Jr., Whitley TW. Patient and physician perception of need for emergency medical care: a prospective and retrospective analysis. *Am J Emerg Med*. 1996 Nov;14(7):635-9.
28. Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract*. 1998 Feb;15(1):23-32.
29. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med*. 2005 Mar;23(2):131-7.
30. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med*. 2000 Jan;17(1):18-21.
31. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

32. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(3):815-23.
33. Taylor D, Cameron PA. Continuity of care in the transition from emergency department to general practitioner: is it adequate? . *Emergency Medicine*. 1999;11:244-9.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.



**ANEXO 1****FICHA DE COLETA DE DADOS****INSTRUMENTO DE PESQUISA**

Número: \_\_\_\_\_

Horário de  
Atendimento:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( )

Cidade:

## ANEXO 2

## QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS EMERGENCISTAS

Classifique os diagnósticos abaixo em casos urgentes ou não urgentes assinalando com um X a coluna correspondente. Na dúvida, assinale na coluna Indefinido:

CID 10	Diagnóstico segundo o CID 10	Emergência/ Urgência	Caso ambulatorial	Indefinido
M79.1	Mialgia			
N39.0	ITU de localização não especificada			
J06.9	IVAS não especificada			
A09	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível			
M54.5	Dor lombar baixa			
J03.9	Amigdalite aguda não especificada			
J18.9	Pneumonia não especificada			
R51	cefaléia			
I10	Hipertensão essencial			
J32.9	Sinusite (crônica) não especificada			
N23	Cólica nefrética não especificada			
R10.4	Dor abdominal não especificada			
J45.9	Asma não especificada			
R07.4	Dor torácica não especificada			
R10.1	Dor epigástrica			
F41.9	Ansiedade			
G43.9	Enxaqueca, sem especificação			
G90.9	Transtorno não especificado do sistema nervoso autônomo (distúrbio neuro-vegetativo)			
K30	Dispepsia			
N12	Pielonefrite			

Você identifica casos de pacientes que poderiam ser atendidos no ambulatório (pacientes não urgentes) no Setor de Emergência do HU da UFSC?

Sim

Não

Assinale a porcentagem aproximada de pacientes que você atende no setor de Emergência do HU da UFSC que você considera como não urgentes:

nenhum caso de paciente atendido é “não urgente”

aproximadamente ¼ dos atendimentos (25%) são de pacientes não urgentes

aproximadamente ½ dos atendimentos (50%) são de pacientes não urgentes

aproximadamente 2/3 dos atendimentos (75%) são de pacientes não urgentes

todos os atendimentos são casos de pacientes não urgentes

Cite exemplos de situações clínicas atendidas por você no Setor de Emergência do HU da UFSC que poderiam ter ser atendidas a nível ambulatorial:

---

---

---

---

## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Normas do Consentimento Informado para a pesquisa: “Caracterização da Demanda do Serviço de Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina”

#### 1. Informações sobre o estudo

O (A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo de pesquisa médica, no qual pretende-se determinar o perfil da demanda do setor de emergência do HU da UFSC, e o qual espera constatar a alta procura pela população deste setor para resolver problemas que poderiam ser solucionados na atenção primária.

#### 2. Descrição do estudo

Para classificar a demanda em adequada ou inadequada ao setor, estaremos lhe entregando um questionário para você preencher, sob seu consentimento. O questionário não será identificado.

#### 3. Procedimentos

Como parte do estudo, você responderá um questionário, sendo que a sua participação será absolutamente sigilosa (seu nome não será revelado).

#### 4. Riscos e desconfortos

Não haverá nenhum risco ou desconforto para o(a) senhor(a).

#### 5. Benefícios

O(A) senhor(a) poderá ou não se beneficiar diretamente dos resultados obtidos a partir de sua participação neste estudo. Sua participação poderá resultar numa melhor compreensão da demanda do setor de emergência, de forma que estudo colabore na adequação do serviço, no planejamento e na execução das ações de saúde.

#### 6. Alternativas

Você pode não participar do estudo, se assim o desejar, sem que ocorra restrição ou penalidades para o(a) senhor(a).

#### 7. Confidencialidade

As respostas referentes ao seu questionário serão utilizados sem que seu nome seja revelado.

#### 8. Participação

A sua participação neste estudo é voluntária, não sendo prevista qualquer tipo de remuneração. O(A) senhor(a) tem o direito de se negar a participar deste estudo, sem penalidade.

#### 9. Consentimento

Este estudo, seus riscos e benefícios foram totalmente explicado ao senhor(a) por alguém responsável. Foi lhe dada a oportunidade de fazer perguntas. Se o senhor(a) tiver dúvidas em relação ao estudo, poderá contactar o Dr. Roberto Henrique Heinisch, telefone 33339149.

Ao assinar este documento, o(a) senhor(a) concordará voluntariamente em participar do estudo e receberá uma cópia deste documento..

Eu, abaixo assinado, concordo em preencher o questionário e que as respostas sejam utilizadas neste estudo. Eu entendo que meu nome não será mencionado em qualquer publicação deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico e CRM

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Dr. Roberto Heinisch  
Pesquisador principal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Data