

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Faculdade de Medicina
Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica
Mestrado e Doutorado**

**ACESSO A ATENDIMENTO MÉDICO
CONTINUADO: uma estratégia para reduzir a
utilização de consultas não urgentes em serviços de
emergência**

TESE DE DOUTORADO

**Autor: Airton Tetelbom Stein
Orientador: Ellis D'Arrigo Busnello
Co-orientador: Bruce Duncan**

Porto Alegre, 1998

Ficha Catalográfica

Stein, Airton Tetelbom

Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não-urgentes em serviços de emergência / Airton Tetelbom Stein; orient. Ellis D'Arrigo Busnello. – Porto Alegre: UFRGS, 1998.

Tese [doutorado] – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica.

Descritores: 1. Epidemiologia 2. Emergência 3. Cuidado primário em saúde
4. Atendimento continuado 5. Doenças cardiovasculares 6. Doenças mentais
7. Alcoolismo 8. Satisfação

Para Shani, minha filha linda, que é uma fonte de inspiração inesgotável.

Para Magda, uma verdadeira parceira na minha vida, pelo seu grande amor e por trilharmos juntos nossa vida profissional.

Agradecimentos

O segredo do lado bom da natureza humana é que, comparado com outros animais, o homem é incapaz de ser auto-suficiente. Tornamo-nos tão dependentes na divisão de trabalho, que ninguém pode conceber que alimentação, vestuário e habitação sejam providos unicamente por nossos próprios esforços. Muitas pessoas queixam-se desta situação de dependência de relações interpessoais e procuram a auto-suficiência. Mas nunca existiu período em que o indivíduo pudesse solucionar todas as suas necessidades.

A realização de um trabalho de doutorado constitui um empreendimento em que esta necessidade de envolver várias pessoas se torna evidente. A rede que se criou para desenvolver este trabalho envolveu inúmeros participantes, que consideraram uma proposta importante para melhorar o sistema de saúde do nosso país. A todos os envolvidos, os meus sinceros agradecimentos.

Quero fazer um agradecimento especial ao Dr. Ellis D'Arrigo Busnello que, como orientador, soube estimular as minhas idéias e amenizar as dificuldades inerentes a um trabalho como este. A convivência com o Busnello foi sempre um estímulo à cultura e ao entendimento numa visão holística da alma humana.

O professor Andrew Haines, com quem discuti a metodologia de pesquisa em serviço de saúde, é um exemplo de cientista voltado para o interesse social.

O processo de envolvimento dos estudantes de medicina como entrevistadores nesta pesquisa é longo e parece-me uma história muito bonita. O primeiro contato com a maioria deles ocorreu por ocasião da elaboração de um diagnóstico de comunidade da Vila São Pedro, o que possibilitou a formação de um grupo homogêneo e interessado na proposta. Faltam palavras para expressar a minha gratidão com o trabalho inestimável que prestaram os estudantes de medicina e médicos que participaram nas várias etapas do desenvolvimento desta pesquisa. Todos os entrevistadores foram importantes para a condução do trabalho; no entanto, um grupo de estudantes e médicos continua até hoje envolvido no projeto de feiras de saúde da AMRIGS, que faz parte de uma estratégia para realizar o sonho da construção de uma sociedade melhor e mais justa. A este grupo que continua trabalhando comigo um agradecimento especial - Alaor Ernst Schein, Aline Scherer, Cristiane Jughero Martins, Cristina Simon, Erno Harzheim, Fabiano Candal de Vasconcellos, Leandro Orth, Luiz Felipe Oliveira Blanco. Outros entrevistadores também merecem o meu agradecimento: Ana Beatris Saldanha Ramos Pereira Ramos, Adriana Santana Leiva, Cláudia D. Furtado, Danitsa Rodrigues, Evandro Koeche, Flávio M. Barbosa, Gregor Shmulerg, João Vicente Busnello, Marcelo Bremm, Rafael de M. Mitchell, Roberto Rego Barros Filho e Samir Schneid.

Gostaria também de agradecer ao Dr. Bruce Duncan, que auxiliou nos aspectos epidemiológicos deste estudo e solucionou dúvidas metodológicas.

Aos colegas do Serviço de Saúde Comunitária – especialmente da Unidade Divina Providência - e do Serviço de Emergência, que garantiram as condições para fazer esta pesquisa, um agradecimento pelo entendimento da relevância de um trabalho desta

natureza. Gostaria de agradecer em especial ao Dr. Luiz Ronaldo Huber e ao Dr. João Pedro Costa, por analisarem os dados dos boletins de atendimento, e ao Dr. José Aciolly Fossari que, como diretor da Divisão de Pacientes Externos tem procurado resolver um problema complexo como o da emergência do Hospital N.S. da Conceição (HNSC).

À bibliotecária Maria Iara X. Valente e sua equipe do HNSC, que auxiliaram na revisão bibliográfica, mostrando que, mesmo num serviço sem tradição de pesquisa, existem condições para realizar ciência.

À Dra. Mary Buseti, ao Dr. Mário Tannhauser, à Dra. Maria Inês Azambuja e ao colega José Roberto Goldim por terem lido e comentado pontos importantes deste trabalho.

Ao Marco Antônio Fisch e à equipe da Gerência de Informática do GHC, que durante a elaboração da amostragem deste estudo foram fundamentais para o seu bom andamento.

Ao Dr. Martinho Álvares da Silva e à diretoria da AMRIGS por me possibilitarem ser um dos coordenadores do I Fórum de Emergência – A Visão do Médico, o que possibilitou conhecer melhor a realidade das emergências na nossa cidade.

Aos pacientes, que no seu momento de dor e sofrimento, responderam ao questionário.

Ao CNPq, pela bolsa de pesquisador, e à FAPERGS, pela bolsa de iniciação científica, que viabilizaram, em termos logísticos, a realização desta pesquisa.

Aos meus pais, que sempre valorizaram a formação e o aperfeiçoamento da minha capacitação profissional, o reconhecimento pelo investimento adequado realizado ao longo da vida.

À Magda e à Shani, que suportaram e sobreviveram ao meu envolvimento neste empreendimento.

The essential unit of medical practice is the occasion when, in the intimacy of the consulting room, a person who is ill or believes himself to be ill, seeks the advice of a doctor whom he trusts. This is a consultation and all else in the practice of medicine derives from it (Spencer, 1960).

O elemento essencial da prática médica é o momento em que, na intimidade do consultório, uma pessoa que está ou que se julga doente procura o conselho de um médico em quem confia. Isto é uma consulta e, na prática médica, tudo o mais deriva dela. (Spencer, 1960)

SUMÁRIO

Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Lista de Quadros	
Abstract	
Resumo	
	Página
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 – O papel dos serviços de emergência no modelo hospitalocêntrico	7
2.2 – A importância da continuidade do atendimento	12
2.3 – Avaliação de serviços de emergência (incluindo satisfação)	21
2.4 – Determinantes do uso de uma emergência	37
3 MARCO CONCEITUAL	49
4 HIPÓTESES E OBJETIVOS	52
4.1 – Hipótese conceitual	52
4.2 – Objetivos gerais	53
4.3 – Objetivos específicos	54
5 MATERIAL E MÉTODOS	56
5.1 – Local de estudo	56
5.2 – Tipo de delineamento	58
5.3 – Amostragem e coleta de dados	58
5.4 – Tamanho da amostra	60
5.5 – Questionário	61
5.6 – Instrumentos utilizados	62
5.6.1 – Alcoolismo	62
5.6.2 – Doença cardiovascular	64
5.6.3 – Saúde mental	64
5.6.4- Satisfação do usuário	65
5.6.5- Cartazes de função Dartmouth Coop	66
5.6.6- Critério de classificação da consulta	67
5.6.7- Definição da variável “costuma consultar com o mesmo médico”	68
5.6.8- Código para motivo de consulta, diagnóstico e medicamento e exames complementares	69
5.6.9- Definição de triagem médica	69
5.6.10 – Lista livre	69
5.6.11 – Avaliação dos boletins de atendimento	70
5.6.12- Local habitual de assistência médica	71
5.7 – Entrevistadores	71
5.8 – Treinamento dos entrevistadores e manual de instruções	71
5.9 – Logística	72
5.10 - Processamento e análise dos dados	73
5.10.1 – Análise bivariada	73

5.10.2- Modelo para análise multivariável	74
5.11 – Aspectos éticos	76
6 RESULTADOS	77
6.1 – Descrição do perfil dos pacientes que utilizam o serviço de emergência do HNSC	77
6.2– Recursos de saúde utilizados pelos pacientes que consultam na emergência do HNSC	90
6.3 – Satisfação com o atendimento	96
6.4 – Doenças cardiovasculares	101
6.5 – Descrição da prevalência de alcoolismo e problemas de saúde mental na emergência do HNSC	106
6.6 – Comparação da demanda entre final de semana e durante a semana	110
6.7 – Comparação do perfil dos pacientes que têm médico definido com aqueles que não o tem	112
6.8 – Comparação entre serviços de atenção primária e hospital	119
6.9 – Avaliação da qualidade de registro dos boletins de atendimento da Emergência do HNSC	120
6.10 – Análise bivariada e de regressão logística para avaliar o costume de consultar com o mesmo médico	121
6.11 – Análise bivariada e de regressão logística para estimar a probabilidade da consulta ser considerada de emergência/urgência de acordo com a avaliação do emergencista	123
6.12 – Análise bivariada e de regressão logística para estimar a probabilidade de internar ou ficar na sala de observação	124
7 DISCUSSÃO	126
7.1 – Perfil dos pacientes que utilizam o serviço de emergência	127
7.2 – Recursos de saúde	131
7.3 – Satisfação com o atendimento no serviço de emergência do HNSC	135
7.4 – Acesso ao atendimento médico continuado	137
7.5 – Doenças na emergência	148
7.6 – Comparação entre final de semana e durante a semana	154
7.7 – Preenchimento dos boletins de atendimento	155
7.8 – Determinantes da utilização do serviço de emergência do HNSC	156
7.9 – Limitações do estudo	163
8 CONCLUSÕES	168
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
10 ANEXOS	188
ANEXO A – Questionário	188
ANEXO B - Quadro de consumo de álcool	203
ANEXO C - Gráficos Dartmouth Coop	204

ANEXO D – Resolução 1451 do Conselho Federal de Medicina	205
ANEXO E - Grupo de entrevistadores na pesquisa	206
ANEXO F - Manual de orientação para o entrevistador	207
ANEXO G – Consentimento Informado	212

Lista de Figuras

Figuras	Páginas
Figura 1 – Dinâmica dos desfechos de saúde	25
Figura 2 – Diagrama do ciclo da garantia de qualidade	31
Figura 3 – Modelo teórico: fatores associados para ter médico definido	50
Figura 4 – Modelo teórico: fatores determinantes para utilização de consulta no serviço de emergência	51
Figura 5 – Distribuição dos pacientes atendidos na emergência do HNSC, por idade e Sexo	78
Figura 6 – Razões para escolha do serviço de emergência do HNSC	83
Figura 7 – Motivos das consultas no Serviço de Emergência do HNSC	85
Figura 8 – Diagnósticos identificados pelos médicos emergencistas	86
Figura 9 – Exames complementares mais solicitados no Serviço de Emergência do HNSC	87
Figura 10 – Medicamentos mais prescritos no Serviço de Emergência do HNSC	88
Figura 11 – Desfecho da consulta realizada no Serviço de Emergência do HNSC	89
Figura 12 – Serviços de saúde mais freqüentemente utilizados por pacientes atendidos na emergência do HNSC quando têm um problema de saúde	91
Figura 13 - Características da última consulta médica realizada antes de comparecer no Serviço da Emergência do HNSC	94
Figura 14 – Reclamações do atendimento do serviço de saúde	95
Figura 15 – Motivo para consultar no serviço de emergência e não no posto de saúde	96
Figura 16 – Problemas identificados no atendimento do Serviço de Emergência do HNSC	97

Figura 17 – Fatores de risco de doenças cardiovasculares	102
Figura 18 – Atividades preventivas para evitar doenças crônico-degenerativas	104
Figura 19 – Classificação de problema psiquiátrico menor pelo SRQ comparação entre homens e mulheres	108
Figura 20 – Razões para não ter um médico definido	113
Figura 21 – Razões para não ter consultado com o médico que costuma consultar	116
Figura 22 – Relação entre política de saúde, pesquisa e implementação	159

Lista de Tabelas

Tabelas	Página
Tabela 1 – Planilha de tempo médio disponível e utilizado no atendimento por paciente	6
Tabela 2 – Descrição da coleta de dados	60
Tabela 3 – Comparação entre moradores de Porto Alegre e Grande Porto Alegre	81
Tabela 4 – Satisfação com a emergência do HNSC	98
Tabela 5 – Condição física e emocional dos pacientes atendidos na emergência do HNSC	99
Tabela 6 – Descrição dos sentimentos – avaliação de saúde mental através do SRQ dos pacientes atendidos na emergência do HNSC	107
Tabela 7 – Comparação entre pacientes CAGE positivos e negativos em relação à investigação pelo médico do consumo de álcool	109
Tabela 8 – Comparação entre fim de semana e durante a semana	111
Tabela 9 – Comparação entre final de semana e durante a semana em relação a morar em Porto Alegre ou na Grande Porto Alegre	111
Tabela 10 – Comparação entre quem consulta no final de semana e durante a semana em relação a meio de transporte	112
Tabela 11 – Comparação entre utilização habitual de serviços de Atenção Primária em Saúde e hospitais em relação a relatar ter um médico definido	114
Tabela 12 – Comparação entre pacientes que referiram ter um médico definido ou não em relação a consulta da emergência caracterizada pelo plantonista como de emergência ou urgência e programada	115
Tabela 13 – Frequência do costume de consultar com o mesmo médico, estratificada por local de consulta habitual	116
Tabela 14 – Comparação se o número de vezes que consulta com o médico é o suficiente para ter uma boa saúde entre os que costumam consultar com o mesmo médico	117
Tabela 15 – Modelo de análise multivariável para os pacientes que costumam consultar com o mesmo médico	122

Tabela 16 – Modelo de análise multivariável para consultas que foram 124
classificadas como de emergência ou urgência

Lista de Quadros

Quadros	Página
Quadro 1 – Disciplinas relevantes para pesquisa de serviços de saúde e políticas de saúde	35
Quadro 2 – Teste de CAGE	63

ABREVIATURAS

ACS – Ambulatory Care Sensitive (Sensível ao Atendimento Ambulatorial)

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

APS – Atenção Primária em Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CSQ – Client Satisfaction Questionnaire (Questionário de Satisfação do Cliente)

CFM – Conselho Federal de Medicina

DP – Desvio Padrão

DSMIII – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doença Mental (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders)

DPE – Estimativa de Demanda Potencial

EPG – Estimativa de Prevalência Global

ECA – Epidemiology Catchment Area (Programa Epidemiológico de uma Área de Captação)

EQU – Exame Qualitativo de Urina

EUA – Estados Unidos da América

FR – Frequência Relativa

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

IMC – Índice de Massa Corporal

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

RC - Razão de Chances (Odds Ratio)

RSOC – Regular Source of Care (Fonte Regular de Cuidado)

SM – Salário Mínimo

SRQ- Self Report Questionnaire (Questionário Auto-Aplicado)

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

Resumo

A utilização de uma emergência por pacientes com problemas médicos eletivos contribui para a demanda excessiva e impede de acesso a pacientes com emergência verdadeira. O presente estudo se propôs: (1) investigar as características do usuário da emergência em relação a aspectos demográficos, local de moradia e tempo que apresenta os sintomas que o levaram a consultar; (2) identificar as diferenças da demanda entre o final de semana e durante a semana; (3) investigar a prevalência de saúde mental, alcoolismo, doença coronariana e hipertensão; (4) avaliar como é a utilização e o acesso a serviços de saúde para pacientes que referem ter um médico definido em comparação com quem refere não ter; (5) avaliar a satisfação dos pacientes com o atendimento na emergência e (6) verificar se o atendimento através de um médico definido ou em serviço de atenção primária em saúde diminui o afluxo de casos não urgentes aos serviços de emergência.

Foi realizado um estudo transversal na Emergência do Hospital N.S. da Conceição de Porto Alegre (RS) no período de 6 de janeiro a 25 de junho de 1996, tendo sido incluídos 20 dias escolhidos entre o meio-dia de sábado e o meio-dia de domingo, para caracterizar a demanda do final de semana, e o meio-dia de segunda-feira e meio-dia de terça-feira, para a dos outros dias. Fizeram parte da amostra 553 pacientes selecionados através de amostragem aleatória sistemática, com uma taxa de resposta de 88%. A coleta de dados consistiu de questionário de 156 questões aplicado aos pacientes. O registro e análise dos dados foram realizados utilizando-se os programas Epi-Info, EGRET e SPSS. As análises incluíram tabulações simples para determinação de prevalência das condições investigadas e regressão logística para avaliar o efeito conjunto das variáveis independentes sobre cada uma das variáveis dependentes.

A população que frequenta a emergência do HNSC é composta de jovens, predominantemente do sexo feminino, mora em Porto Alegre (especialmente, no bairro Sarandi) e na Grande Porto Alegre (especialmente, Alvorada), desloca-se preferencialmente de ônibus até o serviço de emergência, vem acompanhada, na maioria das vezes, de algum familiar, e a maioria decide consultar por iniciativa própria ou por indicação de algum familiar. Os homens internam com maior frequência. Os serviços de atenção primária representaram 23% do atendimento habitual dos pacientes. As consultas foram definidas pelos emergencistas como de emergência em 15% dos casos, de urgência em 46%, e programáveis em 39% poderiam ser programadas. A prevalência de hipertensão foi 19%; de angina, 13%; de alcoolismo, 16%; de problema psiquiátrico menor, 32% entre os homens e 51% entre as mulheres ($p < 0,0001$). Como desfecho da consulta, 73% dos pacientes foram encaminhados para o domicílio ou para um serviço especializado, 10% foram para sala de observação e para apenas 5% foi indicada a internação. A maioria dos pacientes referiram estar satisfeitos com o atendimento. Os que consultaram no final de semana apresentaram, em média, um tempo menor de sintomas até decidir consultar, um menor tempo de deslocamento até o serviço de emergência, maior satisfação, média de idade maior, maior proporção de moradores de Porto Alegre e foram levados de carro até a emergência mais do que aqueles que consultaram durante a semana. O modelo de regressão logística identificou as variáveis independentes determinantes de ter um médico definido: consulta habitual em atenção primária em saúde (RC=3,22 IC95%=2,04-5,09), consulta definida como emergência ou urgência (RC=2,46 IC95%=1,55-3,92) e afastamento do trabalho (RC=1,59 IC95%= 1,03-2,45). Este resultado demonstra que o paciente que habitualmente consulta em serviços de atenção primária tem mais probabilidade para ter a continuidade no atendimento. A consulta ser de emergência ou de urgência apresentou

associação significativa com as seguintes variáveis independentes, após ser colocada num modelo de regressão logística: pacientes internados ou em observação (RC=5,80 IC95%=3,33-10,17), costume de consultar com o mesmo médico (RC=2,98 IC95%=1,84-4,80) e ida de carro até a emergência (RC=2,67 IC95%=1,75-4,05). A variável hábito de consultar em serviço de atenção primária deixou de ficar estatisticamente significativa ao ser colocada no modelo de regressão logística. Este resultado revela que pacientes com médico definido têm três vezes mais chances de consultar por um problema de emergência no serviço de emergência do que aqueles que não têm um médico definido. Assim, uma estratégia para reduzir a ocorrência de consultas não urgentes em serviços de emergência é o paciente ter tal vínculo. No entanto, aqueles pacientes que referiram o posto de saúde como local onde habitualmente consultam não evitam, necessariamente, a utilização de um serviço de emergência por motivo considerado como programável.

É necessário otimizar o atendimento de pacientes com problemas não urgentes que chegam à emergência através de estratégias no nível de atenção primária – especialmente possibilitando o atendimento médico continuado -, onde uma abordagem integral com ênfase na prevenção garanta um atendimento de melhor qualidade e custo menor.

Abstract

The use of an emergency service by patients with elective medical problems contributes to their experiencing an excessive demand, which in turn acts as a barrier to the access of patients who face a real situation of emergency. The objectives of this study were, first, to investigate the user's characteristics with regards to demographic aspects, place of residence, time interval between the onset of a problem and the actual decision to go to the emergency room. Second, to identify the differences in the demand for these services between the weekend and weekdays; third, to investigate the prevalence of the following conditions: mental health, alcoholism, coronary heart disease and hypertension; fourth, to evaluate the use and the access to health services by patients who report having a personal doctor in comparison with those who do not; fifth, to evaluate the satisfaction of patients who consult at emergency rooms; and finally, to evaluate whether a personal doctor providing health care or access to a primary health care service decreases the flow of non-urgent cases at emergency services.

A cross-sectional study was carried out at the emergency room of Conceição Hospital in Porto Alegre (RS); the periods selected were from Saturday 12:00 PM to Sunday 12:00 PM and from Monday 12:00 PM to Tuesday 12:00 PM. The study took place from January 6th to June 25th 1996, 20 days in all, and 553 patients were selected through a systematic random sampling, and the answer rate was 88%. The data collection consisted of a questionnaire with 156 questions. The data entry and analysis were performed using the softwares Epi-Info, EGRET and SPSS. The analysis included simple statistics to determine the prevalence of the conditions being investigated and the effect of the independent variables in relation to each of the dependent ones through logistic regression.

The population who used the emergency of Conceição Hospital comprised young, females who live in Porto Alegre (most of them from the Sarandi neighborhood) or in the metropolitan area of Porto Alegre (mostly from Alvorada); they go to the emergency room by bus, most times with a relative, and decide to seek consultation out of their own free will or by indication of someone from their family. On the other hand, men needed to be hospitalized more frequently. Primary health care services represented 23% of the usual care of those patients who went to the Conceição emergency room. The consultations were split as 15% emergency cases, 46% urgency ones and 39% elective ones. Hypertension came first with 19%, angina represented 13%, and alcoholism 16%. Minor psychiatric problems represented 32% among men and 51% among women ($p < 0.0001$). The outcome of the consultation showed that 73% of patients were referred to their homes or to a specialist service, 10% stayed in the observation room and only 5% were hospitalized. The majority of the patients who used the emergency service reported being pleased with the care provided, specially those who were classified as an emergency or urgency case. Those patients who consulted during the weekend presented, on average, a shorter time span between the onset of symptoms and the decision to consult, a shorter period of time to reach the emergency service, a higher degree of satisfaction, were older on average, a larger number lived in Porto Alegre and were taken by car to the emergency room more frequently than those who consulted during weekdays. Using a logistic regression model, the following independent variables were identified, as being determinants of having a personal physician: patients usually consult primary health care services (OR=3.22 CI95%=2.04-5.09), the consultation was defined as an emergency or urgency case (OR=2.46 CI95%=1.55-3.92) and they did not go to work due to their health problems (OR=1.59 CI95%=1.03-2.45). This result demonstrated that when the patient usually

consults at a primary health care service he/she has a higher probability of developing a continuity of care. The consultation defined as an emergency or an urgency case exhibited a significant statistical association with the following independent variables, after being analysed by a logistic regression model: patients who were referred to the hospital or the observation room (OR=5.80 CI95%=3.33-10.17), patients who usually consult with the same physician (OR=2.98 CI95%=1.84-4.80) and patients who go to the emergency room by car (OR=2.67 CI95%=1.75-4.05). The variable patients who usually consults at the primary health care service was not shown to be statistically significant after inclusion in a logistic regression model. This result leads to the conclusion that those patients who had a personal physician are three times as likely to consult with an actual emergency problem at the emergency room than those who do not have their personal physician. In other words, a strategy to reduce the number of nonurgent consultations at emergency rooms is to establish a close relationship between patient and physician. However, those patients who reported that the place where they usually sought consultation was the community care centre do not necessarily avoid using an emergency service when the reason was defined as an elective consultation.

There is a need to optimize the health care of patients who have nonurgent problems but still seek the emergency room through strategies at the primary health care level – specially when continuous care is available – and where a comprehensive approach with an emphasis on prevention would stimulate better quality of care at a lower cost.

1 INTRODUÇÃO

A implementação de políticas de saúde desprovidas de embasamento epidemiológico originou uma ênfase na utilização dos serviços de emergência e ambulatório de hospitais, que passaram a caracterizar-se por filas imensas, falta de resolutividade, e de continuidade e atendimento de um alto percentual de não urgências. Estas situações produziram uma grave deformação na cultura sanitária da população, que passou a considerar a consulta ambulatorial uma assistência menos resolutiva e de difícil acesso.

Na prática, os serviços de emergência têm assumido um papel relevante dentro do atual sistema de saúde brasileiro, já que recebem não apenas a demanda referente ao atendimento de urgência/emergência, mas também a considerada eletiva que não consegue ser absorvida pelos serviços de atenção primária. Essa situação, além de gerar grandes aglomerados de pessoas nesses locais e causar sobrecarga para os profissionais que aí trabalham, tem contribuído para o que a sociedade e profissionais de saúde tem caracterizado e denominado como “caos na saúde”.

No Brasil, os serviços de emergência são os locais que melhor caracterizam este caos do serviço de saúde pública. Quando cenas que aí se passam são divulgadas na imprensa leiga, elas são acompanhadas pelo clamor por melhor qualidade no atendimento e maior resolutividade, em última análise,

uma melhor eficiência. Acredita-se que a enorme demanda, que inexoravelmente sobrecarrega nossas emergências, aconteça, em parte, por uma questão cultural e, por outro, pela escassez de recursos, especialmente nos postos de saúde, e pela ênfase no atendimento curativo e hospitalocêntrico.

Na região da Grande Porto Alegre, a sobrecarga nos serviços de emergência tem se tornado um problema crescente como resultado da diminuição de leitos hospitalares e, especificamente, dos leitos de unidade de tratamento intensivo, encaminhamentos sem critério de pacientes, número crescente de pacientes com trauma e uma completa desarticulação do fluxo de pacientes. O resultado consiste numa via crucis de pacientes realizando verdadeiras peregrinações em vários hospitais da capital, em busca de solução para seus problemas, muitas vezes crônicos. Estas características dos hospitais públicos localizados em cidades-pólos, apesar de dramáticas, constituem rotina, especialmente onde há falta de atendimento primário, o que torna a emergência o último recurso, e infelizmente também o primeiro, de muitos pacientes. Este atendimento na emergência é considerado muito oneroso e, na relação custo-benefício, deficitário, especialmente num momento em que a racionalização dos cuidados constitui um aspecto fundamental.

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no país, é um modelo assistencial que integra os serviços públicos, complementados pelos serviços privados, em rede regionalizada e hierarquizada, com diretrizes de comando único em cada nível de governo, com ações descentralizadas e participação social. No

entanto, este modelo assistencial tem sido alvo de muitas críticas tanto dos profissionais da saúde quanto da população, que têm percebido que os serviços de saúde pública vêm gradualmente se deteriorando. Um sistema de saúde deve caracterizar-se por ser de fácil acesso, especialmente à população carente, e deve procurar atender às reais necessidades dos residentes de um determinado território. A detecção de desigualdades e iniquidade, o apoio a decisões eqüitativas e a participação da comunidade são outros elementos básicos para o sistema de informação de um distrito de saúde. A complexidade dos sistemas de saúde e a fragmentação dos seus serviços são determinantes na qualidade da prestação de serviços (1).

De acordo com a NOB-SUS, para reordenação do modelo de atenção, é necessária a prática do acompanhamento, o controle e a avaliação do SUS, de forma a superar os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizar os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade (2).

Considerando as distorções existentes no Sistema de Saúde, há necessidade de realização de pesquisas de serviços de saúde para avaliar a qualidade dos serviços prestados, o modelo de decisão que leva os pacientes a consultá-los e a sua eficiência. A dificuldade em avaliar um serviço de saúde decorre da necessidade de realizar uma avaliação subjetiva (como a pessoa vê sua condição de saúde) e uma avaliação objetiva (como estes serviços prestam atendimento de acordo com critérios definidos). O processo de avaliação procura

descrever os dois aspectos do fenômeno, sem o que pode correr o risco de os resultados não refletirem a realidade.

Estudos realizados na Santa Casa de Misericórdia e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre mostraram que em torno de 70% das consultas realizadas em suas emergências poderiam ter sido realizadas em serviços de atenção primária (3).

Também a Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) deveria ser utilizada pela população como um recurso de retaguarda para os problemas mais graves e mais agudos caracterizando-se como um hospital terciário, concebido que foi, provavelmente, para este objetivo. No entanto, uma parcela importante das pessoas que consultam na emergência procura o hospital como local de primeiro contato, provavelmente em virtude de encontrar problemas de acesso e resolutividade nos serviços de atenção primária.

O atendimento continuado é considerado um fator importante para a qualidade dos serviços de saúde, porque se presume que ele tenha efeito positivo no desfecho da saúde, melhorando a relação médico-paciente - onde o médico tem um conhecimento e interesse maiores no seu paciente -, promovendo confiança e aumentando a adesão do paciente ao tratamento, reduzindo as taxas de hospitalização e os níveis de morbidade e desconforto causados pelas doenças crônicas (4). Em se tratando de serviço público, este tipo de atendimento é possível em postos de saúde. Pesquisas em serviços de saúde têm buscado

aperfeiçoar a gestão dos serviços e a própria organização do sistema. O aumento da utilização das emergências constitui uma das preocupações dos planejadores dos serviços de saúde, em vista do número muito grande de pacientes aí atendidos, da falta de atendimento continuado e do alto custo destes serviços.

Em 1994, foram realizados estudos para avaliar o Serviço da Emergência do HNSC. A primeira parte foi um estudo de respostas espontâneas a questionário pré-formulado, tendo-se solicitado a todos os usuários, no período de uma semana, que o respondessem e devolvessem ao final do atendimento. Apesar da taxa de resposta ter sido de apenas 22%, identificou-se que a falta de atendimento primário era uma razão importante para consulta no serviço de emergência. Um segundo estudo, realizado para validar os achados obtidos na primeira parte, mostrou, através de uma entrevista direta feita com todos os usuários do serviço durante o período de 24 horas, que eles, em geral, estão satisfeitos com o atendimento prestado e que a maioria dos pacientes (87%) decide procurá-lo por conta própria (5,6). O fato de pacientes procurarem um atendimento no serviço de emergência com queixas que os médicos consideram não urgentes certamente contribui para a sobrecarga do serviço. De um lado, existe pressão para reduzir o atendimento hospitalar, de outro, para prestar atendimento de alta qualidade (7).

Outro estudo realizado na Emergência do HNSC (8) pelo setor de planejamento do hospital foi desenvolvido nos meses de junho e julho de 1996. Seu propósito era o de investigar o tempo despendido em cada atendimento, avaliar os movimentos da população usuária e equipe técnica, dimensionar o espaço físico do serviço e sua distribuição e analisar os procedimentos de

natureza administrativa. Ele mostrou que o tempo disponível dos médicos nas consultas no setor de emergência era maior que o tempo realmente utilizado (Tabela 1).

Tabela 1 - Planilha de tempo médio disponível e utilizado no atendimento por paciente

Consulta	Tempo disponível (min.)	Tempo utilizado (min.)
Triagem	25	4
Clínica Médica	28	17
Clínica Ginecológica	67	28
Clínica Cirúrgica	48	25

Estes estudos preliminares levam a uma serie de questionamentos, e os planejadores de saúde e os médicos que trabalham em emergências pressupõem que a utilização desses serviços para problemas não urgentes é inapropriado. Os pesquisadores que estudam a realidade desses serviços identificam perguntas que necessitam ser respondidas: Como determinar o que é utilização apropriada de uma emergência? Como definir se uma consulta é considerada de emergência, urgência ou eletiva? (9)

Pretende-se, no presente estudo, investigar o tipo de usuário que frequenta o Serviço de Emergência do Hospital N.S. da Conceição de Porto Alegre.

Pressupõe-se, neste trabalho, que serviços de atenção primária resolutivos, assim como uma maior continuidade no atendimento, possam contribuir, em parte, para a solução da superlotação das emergências nos serviços públicos, de forma a permitir que apenas verdadeiras emergências sejam aí atendidas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - O papel dos serviços de emergência no modelo hospitalocêntrico

Todos os países defrontam-se com os altos custos do sistema de saúde. É essencial que um sistema tenha um nível primário de atenção universal eficiente e resolutivo, em que a maior parte do atendimento de primeiro contato ocorra de uma forma continuada, e seja socialmente aceito. Na literatura internacional, pressupõe-se que 75% a 85% das pessoas requerem atendimentos apenas em serviços de atenção primária no período de um ano. Uma proporção de 10-12% requerem atendimento num nível de atenção secundária, e o atendimento terciário é necessário por 5 a 10% da população (10).

Roos, em estudo realizado em 1979, mostrou que a adequação e o desfecho de amigdalectomia e adenoidectomia foram melhores quando o paciente foi encaminhado para um especialista por um médico de atenção primária do que quando ele foi auto-encaminhado (11). Isto mostra que pacientes auto-encaminhados irão ter uma taxa mais elevada de intervenções desnecessárias do que os pacientes encaminhados. Portanto, é plausível supor que muito da variabilidade nas taxas de admissão e de cirurgia resulta das diferenças de recursos de atenção primária. Um dos aspectos que determina o perfil de saúde de uma população é o resultado de como os serviços são organizados: os sistemas que têm um primeiro nível de atenção na comunidade possibilitam uma melhor qualidade de atenção à saúde.

O custo per capita com o serviço de saúde varia de acordo com as características da população. Esta variação é em grande parte determinada pela quantidade de atendimento hospitalar. Nos EUA, os custos com hospitalização representaram 40% do total de gasto com saúde em 1989, enquanto no Brasil estima-se que 70% é gasto no atendimento hospitalar (12). É importante entender por que ocorre variação na utilização dos serviços, para possibilitar formas de controlar os gastos com o atendimento de saúde. A avaliação da utilização dos serviços de emergência é um fator primordial para planejamento de estratégias de atendimento eficientes.

Dentre as várias hipóteses para explicar as variações na utilização de leitos hospitalares citam-se:

a) o status de saúde: populações menos saudáveis podem requerer mais cuidados médicos e podem consumir esses serviços em níveis mais elevados;

b) a disponibilidade e acesso ao hospital: "se há um leito hospitalar disponível, será preenchido";

c) a utilização de serviços em nível primário: se a população receber mais atendimento em nível ambulatorial, as hospitalizações podem ocorrer com menor frequência;

d) as características sócio-demográficas: a forma com que uma população utiliza os serviços pode derivar de sua composição social, econômica e cultural (12).

Os pacientes atendidos nas emergências sem problemas verdadeiramente de emergência têm-se tornado uma característica do serviço de saúde do Brasil e em outros países. Mesmo que tais serviços tenham o papel essencial de tratar pacientes com doenças que apresentem risco de vida, eles também atendem muitos pacientes com condições consideradas não graves (13).

Nos últimos anos, nas cidades-pólos de serviços de saúde, as emergências dos grandes hospitais públicos têm tido sua demanda aumentada, o que reflete a falta de investimento neste setor, assim como a falta de hierarquização do atendimento. Os profissionais que trabalham nas emergências percebem, então, que não têm condições para atender com qualidade a todos que necessitam atenção médica.

Nos EUA, em 1992, ocorreram 89,8 milhões de visitas aos serviços de emergência, ou 35,7 visitas para cada 100 pessoas. A maioria (55,4%) foi classificada como consultas não urgentes (14). Tal fato tem a dupla desvantagem de fazer com que pacientes com condições não urgentes enfrentem, com frequência, longas esperas nos serviços de emergências, particularmente em hospitais públicos, e, o que é mais sério, levar a desatenção aos pacientes gravemente doentes. Além deste aspecto, o atendimento na emergência é, por natureza, episódico e não propicia uma relação personalizada entre médico e pacientes (13).

Um subgrupo de pacientes que é responsável por consultas freqüentes à emergência é identificado como uma população vulnerável do ponto de vista médico e social. Estes usuários são identificados com problemas interdependentes: falta de acesso a serviço de saúde, carência de serviços primários e preventivos, ausência ou inadequação de serviços sociais e sujeição a serviços fragmentados. Uma utilização exagerada dos serviços de emergência em hospitais públicos pelas pessoas mais pobres é freqüentemente relacionada a falta de outros recursos no setor saúde (15).

A população responde de uma forma desorganizada ao procurar o serviço de saúde, porque o sistema é caótico. Se o sistema funcionasse organizadamente, certamente a população se adaptaria às orientações

recomendadas. Nas condições atuais, o paciente é quem decide quando, onde e por quais sintomas realiza a consulta (13).

Numa emergência, deve-se realizar uma triagem, que é uma área na qual os que tomam a decisão devem saber o que estão fazendo, por que o estão fazendo e que ações devem ser tomadas para conseguir um desfecho satisfatório. A triagem tem a sua origem em história militar e se justifica pelo intuito de identificar os casos prioritários. Ela visa discriminar os casos de emergência daqueles que não necessitam um atendimento no serviço de emergência. A decisão correta inclui uma revisão de métodos de categorização dos pacientes (15).

A maioria dos hospitais possui um sistema de triagem para avaliar e priorizar o cuidado e as necessidades dos clientes que se apresentam na emergência. A habilidade para categorizar os clientes em relação à necessidade de um atendimento mais imediato é uma combinação de conhecimento e intuição baseados na experiência e educação formal. Portanto, o funcionamento da emergência é dependente não somente dos protocolos e políticas dos hospitais, mas também das habilidades, experiências e confiança dos indivíduos que realizam a triagem. A percepção das necessidades dos pacientes é a chave para o entendimento do padrão de utilização de serviços (15,16,17). No entanto, muito pouco é conhecido sobre acurácia e confiabilidade de métodos de triagem (16).

A recepção do paciente e a sua avaliação inicial (triagem) num serviço de emergência deve estabelecer as necessidades de um trabalho integrado de todos os profissionais de saúde, evitando tanto a desassistência, como a duplicação de funções. Esta avaliação inicial deve ser realizada por um profissional com experiência em emergência e, necessariamente, ser supervisionada pelo médico. O registro dos atendimentos realizados devem ser adequados, com a meta de possibilitar o acompanhamento. A imagem que melhor identifica os serviços de emergência junto à população é a de ancoradouro de segurança no sistema de saúde de um país (13,16,18).

Em resumo, num país em que o sistema de saúde é desorganizado, em que os recursos na atenção primária são insuficientes e muitas vezes sem resolutividade e os encaminhamentos são realizados sem critérios, a cultura da população de procurar o local com recursos mais complexos resulta numa demanda excessiva aos serviços de emergências tanto de casos de emergência propriamente ditos, como de casos eletivos.

2.2 – A importância da continuidade de atendimento

O atendimento personalizado, que caracterizou a antiga prática de medicina de família em todos os países do mundo, é central no conceito de medicina geral na Grã-Bretanha. Ele tem sido considerado essencial para o desenvolvimento de um atendimento médico integral. Dentre os benefícios do atendimento

personalizado e continuado podem-se citar: maior adesão ao uso de medicamentos, registros adequados, coordenação efetiva entre os prestadores e comunicação mais efetiva entre o paciente e o médico possibilitando uma maior vinculação (19,20).

O atendimento médico personalizado – intimidade entre médicos e pacientes - é relatado pelas pessoas de mais idade como uma característica que era predominante, inclusive no nosso meio. No entanto, este tipo de atendimento tem declinado ao longo do tempo, especialmente nos serviços de saúde pública. A desorganização desses serviços, a necessidade de os médicos terem vários empregos e a ênfase no atendimento curativo e episódico contribuem para a falta de continuidade no atendimento, o que leva a uma utilização excessiva de serviços de emergência (21). Além disso, a incessante busca dos pacientes pela cura ou por uma explicação adequada para os seus problemas de saúde ocasiona uma duplicação na utilização dos serviços (“shopping around”) (22).

A continuidade do atendimento pode ser entendida de várias formas. Pode significar atendimento coordenado num único local ou com registro médico comum, o que caracteriza a consistência da prestação de serviço. Esta característica é particularmente relevante num momento em que o atendimento torna-se muito complexo e quando o atendimento é compartimentalizado entre equipes do setor primário e secundário. Outra forma de continuidade é a prática de medicina personalizada, sendo esta uma condição essencial (22). Dentre as atribuições de atendimento personalizado por um médico identificado como

definido pelos pacientes, pode-se incluir o atendimento integral de primeiro contato, e a coordenação, pelo médico, das ações de saúde (23,24,25,26).

O conceito de identificação com um médico personalizado é necessariamente subjetivo: a identificação pode ser conseguida após uma única consulta e até mesmo não ocorrer após várias consultas. Perguntas ao paciente do tipo “Você sente que conhece bem o seu médico?” levam em conta a definição de identidade (do latim: *identitate*), caráter do que é idêntico ou perfeitamente igual (27). Médicos sempre comentam que é importante conhecer os seus pacientes, e também pode-se afirmar que é importante para os pacientes conhecerem os seus médicos (28).

Mesmo não havendo concordância sobre o que é continuidade de atendimento, um autor a caracteriza como “responsabilidade sem interrupção de um médico no atendimento do paciente – o qual avalia os benefícios da continuidade na relação médico-paciente” (28). Ela pode ser vista como uma atitude do médico ou do paciente, e também como uma atividade envolvendo encontros sucessivos entre um e outro. Rogers & Curtis (29) listaram uma série de dimensões que afetam o “ambiente de continuidade” em que os atendimentos ocorrem:

- cronológicos: continuidade do atendimento num período de tempo;
- geográficos: continuidade de atendimento em diferentes locais;
- interdisciplinares: atendimento holístico ou especializado;

- de relacionamento: relacionamento entre os médicos de diferentes níveis de atendimento;
- de informação: informação médica que possibilite a continuidade;
- de acessibilidade: continuidade decorrente do acesso fácil ao atendimento e do aconselhamento;
- de estabilidade: continuidade influenciada pela estabilidade ou mobilidade do médico assim como por fatores da família do paciente.

A personalidade do médico e do paciente são características importantes para que possa ocorrer uma comunicação entre eles (30). Esta relação possibilita a construção e manutenção de confiança entre o médico e o paciente. A confiança ocorre porque o paciente identifica o médico como competente, responsável e atencioso. Já conseguir clareza na comunicação requer não apenas desenvolver confiança entre o médico e o paciente, mas também pode requerer habilidades do próprio paciente (30). Estas habilidades podem incluir capacidade de expor suas necessidades e de auxiliar o médico a detectar um problema clínico definido. Além disso, quando o paciente apresenta um problema agudo, é mais fácil fazê-lo realizar as orientações médicas; quando, porém, o problema é crônico, é necessário que ele participe das decisões para aderir ao tratamento.

Um fator essencial na consulta é, pois, o grau de confiança que o paciente tem no seu médico. A continuidade de atendimento tem, entre outras vantagens, a de propiciar o desenvolvimento de um relacionamento de confiança mútua e respeito entre o médico e o paciente. Outra área que o sistema de educação

médica deveria enfatizar é habilidade de os profissionais de saúde comunicarem-se com adequação (30,31,32).

Alguns autores identificaram quatro dimensões para uma consulta propiciar a continuidade no atendimento:

- identificação e manejo de problemas: a tarefa central de quase todas as consultas é tentar identificar os problemas e as razões que levaram o paciente a realizar a consulta;

- manejo de problemas de uma forma continuada: o médico deve estar atento para revisar outros problemas de saúde que o paciente apresente e que não tenham sido mencionados durante a consulta;

- atendimento oportunístico: trata-se de oportunidade para realizar diagnóstico pré-sintomático e promover estilos de vida saudáveis;

- modificação de comportamento de busca de ajuda do paciente: o médico deve esclarecer ao paciente quais circunstâncias são adequadas ou não para procurar atendimento médico através de um programa de educação continuada (23).

Nos últimos 50 anos, mudanças substanciais têm ocorrido nas expectativas e na interação entre os médicos e os pacientes na consulta. No passado, as consultas eram predominantemente centradas nos médicos, na medida em que eles eram autoritários, possuíam uma visão paternalista e evidente domínio sobre o paciente. Os pacientes tinham uma tendência a serem passivos, confiando sem

questionamentos no julgamento do médico. Esta situação modificou-se e há o reconhecimento de que as consultas devem constituir um diálogo entre pacientes e médicos. Tuckett, Boulton, Olsen e William (1985) descrevem a consulta como um “encontro entre experts”, considerando o paciente como um especialista de seus sintomas (33). As consultas centradas no paciente permitem que sejam abordados seus sentimentos sobre a doença e suas expectativas com o manejo – ampliando o enfoque da consulta. Neste sentido, é compreensível que o aspecto que os pacientes mais valorizam na consulta é um médico que sabe escutar.

Em um estudo comparando a continuidade de atendimento por um médico definido entre americanos de origem africana e latina, evidenciou-se que os fatores determinantes para a continuidade foram os seguintes: o seguro saúde, a renda familiar, o status de saúde percebido pelo paciente, a especialidade médica do médico definido e o acesso ao local em que o paciente habitualmente procura atendimento (34). Os americanos de origem latina e africana consultam com mais frequência em ambulatórios de hospitais e serviços de emergência e têm menos continuidade no atendimento do que os americanos brancos. As pessoas que percebiam ter má qualidade de saúde tinham mais probabilidade de terem baixa continuidade no atendimento com o seu médico regular do que as com boa ou excelente saúde (35).

As pessoas com baixa continuidade de atendimento tinham um terço a mais em gasto com saúde por ano do que aquelas com alta continuidade de atendimento. Uma análise multivariável indicou que a disponibilidade dos serviços

médicos durante as noites e fins de semana aumentou o grau da continuidade entre os americanos brancos, e os serviços médicos disponíveis durante as noites aumentaram o grau de continuidade para alguns americanos latinos. Controlando por outras características, o grau de continuidade do atendimento variou pela etnia do paciente e pela etnia e sexo do médico identificado como definido. Estes achados mostram a necessidade de considerar não apenas o acesso ao atendimento, mas também a natureza da relação do médico-paciente (34). Aqueles pacientes que tem um médico definido tem mais probabilidade de sentirem-se satisfeitos com os serviços que eles recebem (36). A continuidade no atendimento médico foi considerada como o aspecto mais importante pelos pacientes de um estudo (37).

Dois estudos mostraram que médicos que têm uma relação continuada com os seus pacientes apresentam menor probabilidade de duplicar os procedimentos já realizados e de requerer testes de laboratório desnecessários; já os pacientes têm menos probabilidade de requerer uma consulta quando podem resolver seu problema através de uma orientação (38,39). Os médicos com interesse no atendimento continuado têm mais chances para prestar um atendimento próximo às suas próprias expectativas. Estes estudos sugerem que a continuidade do atendimento é um assunto importante na prestação do cuidado de saúde (37).

O atendimento continuado é uma característica presente nas definições de médico geral na Grã-Bretanha, Canadá, Austrália e Estados Unidos. É considerado um aspecto importante para a qualidade do atendimento, porque a

ele se creditam efeitos positivos em desfechos de saúde e na melhora da relação médico-paciente: além de os médicos desenvolverem um maior conhecimento e interesse nos seus pacientes, os pacientes adquirem confiança no médico e estabelecem vínculo com ele, assim como aderem mais ao tratamento, reduzindo os níveis de incapacitação e desconforto em doenças crônicas (1).

Uma das formas que possibilita melhorar o acesso ao atendimento primário é a disponibilidade de um serviço de saúde que atue numa área geográfica definida e envolva a comunidade no processo de tomada de decisões. Algumas condições médicas podem ser mais facilmente evitadas ou controladas com intervenções no nível de atenção primária. A taxa de hospitalização pode ser modificada por condições sensíveis ao cuidado ambulatorial como, por exemplo, condições crônicas (asma e insuficiência cardíaca), e condições agudas (infecção urinária e pneumonia) (40).

O local habitual de atendimento (“regular source of care” (RSOC)) foi definido como aquele em que a maioria dos atendimentos é realizada, i.e., o local no qual o paciente fez mais do que 50% das visitas durante o ano (40). A continuidade de um atendimento tem muitas definições, porém, no contexto de clínica geral, é ainda sinônimo do atendimento por um médico, o qual atende a um paciente por um longo período de tempo e em mais de um episódio de doença. No entanto, deve considerar-se que o fato de um paciente ser atendido pelo mesmo médico não garante necessariamente uma relação médico-paciente boa. Em muitos países, o desenvolvimento de alta tecnologia médica tem levado ao

abandono desta prática. Na Grã-Bretanha, a prática de continuidade no atendimento ocorre através da equipe de cuidados primários (22).

Se é fácil medir quantitativamente a continuidade ao longo de um tempo, avaliar aspectos da relação médico-paciente e a qualidade do atendimento não é. Em alguns casos, o paciente pode achar mais fácil comunicar-se e acreditar em médicos diferentes. A continuidade requer comprometimento tanto dos pacientes como dos médicos, e isto pode construir a confiança por um médico específico. É difícil avaliar a importância da continuidade sem observar as razões que levaram a consultar e o número de consultas. Alguma continuidade ao longo do tempo é necessário que ocorra, para que a relação seja mais personalizada. Estudos têm demonstrado que alguns pacientes identificam como médico definido mesmo aquele que não tenham consultado por um longo período (41,42).

Como se viu, a continuidade do atendimento tem mostrado vários aspectos benéficos. Dentre eles, destacam-se: maior adesão a regimes terapêuticos (43), número mais reduzido e menor duração de admissão hospitalar (44), economia de tempo e menor número de exames laboratoriais em atendimento primário, satisfação do médico, relato de problemas emocionais pelos pacientes e redução, no nível ambulatorial, de pacientes com queixas abdominais funcionais. Alguns autores acreditam que a continuidade pode ser muito importante para pacientes tanto com uma doença crônica quanto grave (38). Num estudo (22) foi demonstrado que os pacientes que referem atendimento personalizado têm sete vezes mais satisfação com o atendimento do que os que não têm um médico

definido. Vários estudos da literatura descrevem o médico de atenção primária como cuidador da porta de entrada do sistema (“gatekeeper”) e recomendam-no como estratégia para reduzir a utilização da emergência por problemas não urgentes (45).

Em resumo, a continuidade do atendimento pode ser entendida de várias formas. Além de constituir um importante critério para que os serviços de saúde sejam mais eficientes, ela possibilita uma melhor relação médico-paciente. A desorganização dos serviços públicos, a necessidade dos médicos terem vários empregos e a ênfase no atendimento curativo e episódico contribuem para a falta de continuidade no atendimento. A continuidade do atendimento no nível de atenção primária em saúde é uma estratégia identificada para diminuir o acesso de consultas não urgentes nas emergências.

2.3 - Avaliação de um serviço de emergência (incluindo satisfação)

A avaliação do sistema envolve todos os profissionais que trabalham nos serviços de saúde, cujas atividades constituem um processo destinado a construir o compromisso de prestar um atendimento de qualidade ao cidadão. A avaliação oferece a oportunidade para investigar a qualidade do atendimento e identificar possibilidades para melhorias que resultem em mudanças na rotina. Muito do problema na prestação de saúde é entender a natureza complexa do processo como um sistema (46,47,48).

A avaliação pode ser definida como “um processo que tenta determinar, tão sistemática e objetivamente quanto possível, a relevância, a adequação, a efetividade, a eficiência e os indicadores de saúde, tendo em vista os objetivos de um serviço de saúde” (49,50). É uma ferramenta orientada para a ação e a aprendizagem. É um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisão. A monitorização e a coleta de informação contínua permitem avaliar o funcionamento do serviço de saúde. A vigilância e monitorização de condições de saúde e a avaliação do impacto das medidas de atendimento à saúde em toda a população são fatores importantes na organização dos serviços de saúde e na alocação de recursos sempre escassos. O planejamento dos serviços de saúde constitui um processo que visa identificar objetivos-chaves e escolher meios alternativos para alcançá-los (47, 50). Avaliar implica, antes de tudo, a existência de uma noção do que é “bom”, e esta definição nunca foi fácil (48,49).

As atividades de controle e de avaliação do Sistema de Saúde do país têm como objeto medir não somente a qualidade dos serviços, mas também o grau de cumprimento da equidade. No entanto, não existe uma metodologia única para a avaliação de serviços, considerando-se que a metodologia apropriada está diretamente vinculada ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador. Um aspecto importante é a possibilidade de aumentar a capacidade de análise de quem está trabalhando (9).

Portanto, a questão central de uma avaliação é verificar se o objetivo desejado foi atingido em função de um programa específico. Uma resposta satisfatória depende muito dos métodos de pesquisa empregados. Os métodos incluem estudos transversais, análise da tendência do tempo, estudo ecológico, estudo antes e após o desenvolvimento do programa que está sendo avaliado, estudo de caso-controle, estudos de coorte e ensaios clínicos randomizados (49). A diferenciação das situações que estão sendo avaliadas depende das respostas a duas perguntas: Por que a avaliação está sendo feita? O que está sendo avaliado?

Desde 1966, Donabedian tem sugerido que a qualidade do atendimento pode ser avaliada em três dimensões - estrutura, processo e resultado. Por estrutura, entende a disponibilidade adequada de serviços, com equipamento e número de "staff" adequadamente treinado. O número de leitos disponível para um prontoatendimento em serviços de emergência é variável e estima-se que seja necessário em torno de 10% do número de leitos disponível no hospital. Ainda que

as características estruturais sejam facilmente coletadas, elas não são suficientes para avaliar a qualidade do atendimento. O mau atendimento pode ocorrer em hospitais bem equipados (46,47,48,49). O processo refere-se às atividades do atendimento - a escolha da investigação ou cirurgia, o uso de ambulatório ou hospital, o número de dias de internações após uma intervenção cirúrgica, etc. O processo é o objeto primário da avaliação, a base para o juízo da qualidade e é o que se conhece acerca da relação entre as características do processo da atenção médica e suas conseqüências para a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da sociedade. Uma revisão de registros de hospital pode avaliar o processo de cuidado (46,47). O desfecho (ou resultado) refere-se à mudança na saúde, ocorrida no momento ou no futuro, que pode ser atribuída à intervenção médica ou a outro tipo de cuidado antecedente. Caso o desfecho após uma intervenção médica não seja a melhora da saúde de um paciente, a atividade será considerada como sem sentido, independentemente da qualidade da estrutura e do processo (46,48,49).

Qualquer teoria que tente relacionar os fatores de estrutura e processo ao desfecho pressupõe um entendimento das suas relações. A Figura 1 indica a dinâmica destas relações. Ainda que os objetivos de qualquer sistema de saúde sejam levar a um “desfecho” bem sucedido, os componentes do sistema habitualmente interferem nele indiretamente (51).

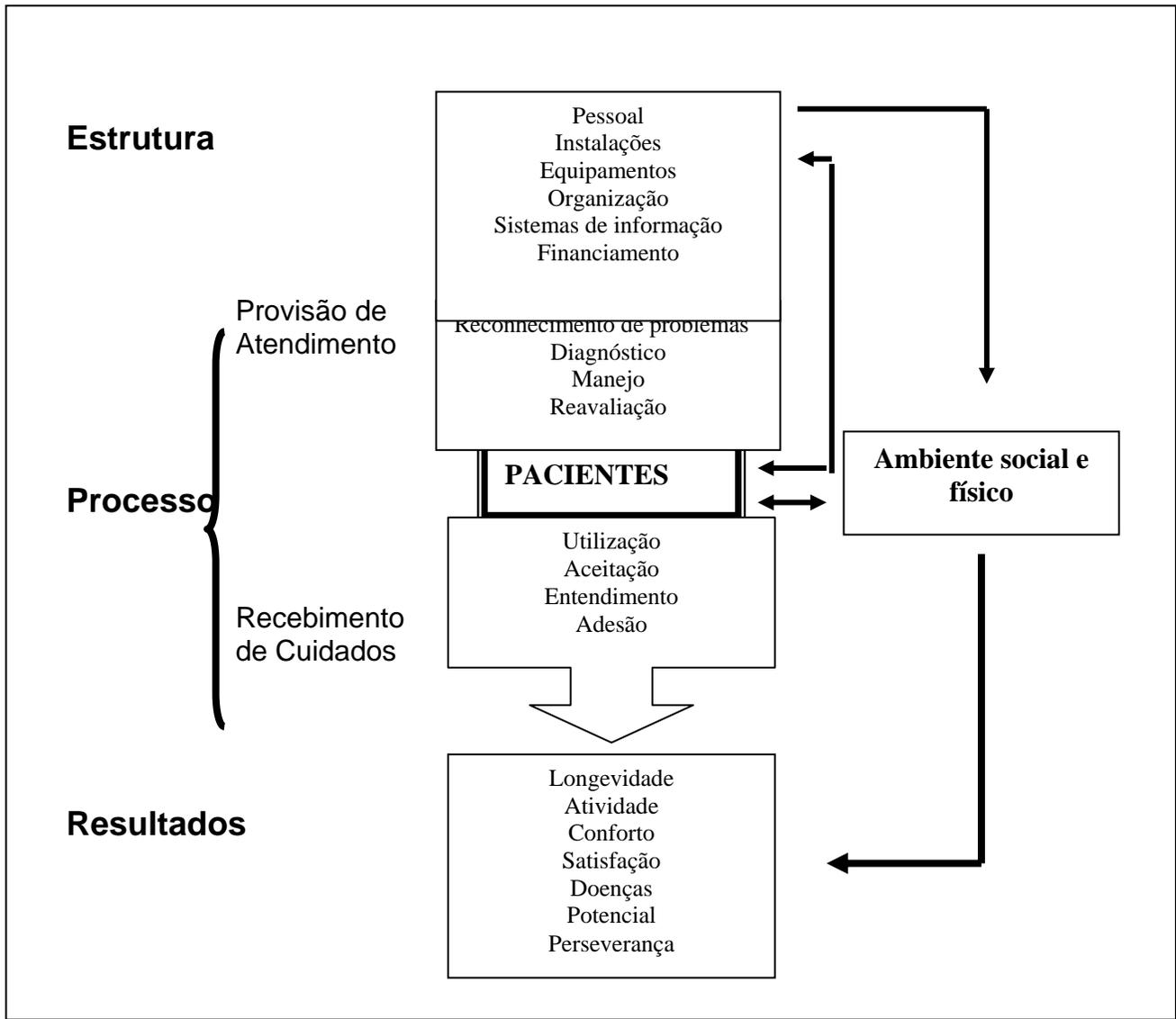


Figura 1 – Dinâmica do desfecho de saúde

Para avaliar a qualidade dos serviços de emergência, deve-se identificar o perfil epidemiológico da população, os fatores técnicos e políticos que influenciam o desenvolvimento e orientação do serviço e a importância de intervir preventivamente na comunidade, como determinante da qualidade de atenção naquele serviço (10,11).

Os indicadores utilizados para a avaliação do desempenho de um serviço de emergência podem ser expressos pelo tempo médio de espera, tempo da consulta, tempo para realizar o exame de apoio diagnóstico e tempo dispendido para implementar a conduta definitiva em um paciente que caracteriza-se como emergência. Uma outra forma de avaliar os serviços de emergência refere-se à satisfação dos pacientes com a prestação dos serviços (11). Já a relevância refere-se à necessidade do programa ou serviço. Este assunto determina a justificativa básica para a própria existência de um programa que responda às necessidades de saúde ou às demandas de serviços de uma comunidade (50). As questões referentes a este tipo de avaliação incluem as seguintes:

- Que tipo de atendimento o serviço presta?
- Este problema necessita de uma estratégia?
- Quão acurada é a informação sobre o problema?
- Quão definida é a meta do serviço?
- Como é que o serviço se adapta à estratégia global da organização?

A melhora da qualidade do atendimento prestado na interface entre os setores primário e secundário será um dos desafios para os profissionais de saúde que desejarem melhorar a efetividade do sistema. Os gestores podem identificar que muito dos custos nos serviços de saúde é devido ao uso inapropriado na interface. A alta taxa de encaminhamento (referência) leva a um aumento dos custos do serviço de saúde. É necessário entender como os profissionais de saúde de ambos os setores podem trabalhar juntos efetivamente para prestar

atendimento de boa qualidade. Um estudo europeu mostrou diferenças entre os países no que se refere à taxa de encaminhamento do atendimento primário para o especializado. Na Noruega, 8,1% de todas as consultas de médico geral foram encaminhadas ao especialista; na Alemanha e na Grã-Bretanha, 5% e, na França, 2.6%. A carga de trabalho do médico geral parece ser um determinante importante a influenciar a taxa de encaminhamento. Uma conclusão relevante deste estudo foi que os médicos com baixa taxa de encaminhamento prestam atendimento adicional através de consultas extras. O processo de encaminhamento é um indicador da qualidade do atendimento (52).

Os médicos que trabalham em nível de atenção primária têm pouco contato com os colegas que atuam no nível secundário e, conseqüentemente, as experiências de cada categoria não são compartilhadas. A interface do cuidado primário e secundário é um conceito que não se caracteriza por uma estrutura física; no entanto, ela é composta por potenciais pontos múltiplos de contato entre os dois setores. Os contatos dos profissionais são limitados, porém os pacientes passam esta interface com muita freqüência, como resultado da referência e contra-referência (53).

Um estudo realizado num serviço de emergência mostrou que pacientes não portadores de problema caracterizado como de emergência foram tratados de forma menos eficiente do que os que apresentavam problema classificado como de maior gravidade. Aqueles pacientes que apresentaram-se com um problema não urgente referiram insatisfação (54).

Os serviços de saúde têm o desafio de promover uma racionalização em suas atividades, documentando as suas operações, com vistas a apresentar um plano estratégico para as suas atividades futuras. Os hospitais e os médicos estão sendo julgados pelos resultados clínicos, e os estudos de avaliação servem para identificar se os objetivos propostos são alcançados. Tais estudos são inerentes ao processo administrativo e proporcionam informação importante para o planejamento estratégico do serviço e para implementação e controle de atividades (49).

Os serviços médicos são caros e nenhum país no mundo tem suficientes recursos com profissionais capacitados, equipamentos e instalações para prover as necessidades da população para um atendimento integral. No entanto, a avaliação de serviços permite uma melhor racionalização dos serviços de saúde. Ela não é necessária somente para alocação de recursos no nível nacional, regional ou municipal, mas também para enfatizar que os serviços de saúde devem adaptar-se às demandas determinadas por mudanças no padrão de doenças, pela introdução de novas terapias e até mesmo por alterações nas atitudes públicas. Os recursos limitados no setor saúde deveriam ser utilizados para aquelas intervenções com mais efetividade, assim como para monitorar as práticas clínicas voltadas para as necessidades de todos os pacientes, e não somente para aqueles que demandam atendimento espontâneo (49,55,56).

A demanda para um serviço de saúde pode ocorrer a partir do próprio paciente ou a partir do médico. Os pacientes percebem que necessitam de um serviço oferecido e, ao procurarem-no, muitas vezes constatam que ele não é capaz de prestar tratamento efetivo para aquela necessidade. Algumas vezes, a necessidade pode não ser percebida pelos pacientes, como em muitas doenças psiquiátricas. Os médicos também podem desencadear o aumento da demanda para um serviço: é o que ocorre quando solicitam retorno do paciente, quando o encaminham para atendimento especializado ou quando realizam atividades de rastreamento (55).

A necessidade de atendimento não leva necessariamente à utilização de um serviço. Por exemplo, pessoas que necessitam serviços de reabilitação podem não utilizá-lo por não saberem da sua existência ou não terem acesso a eles. Mesmo quando o contato com o médico é estabelecido, nem sempre haverá tratamento continuado e efetivo (55).

Até alguns anos atrás, os médicos poderiam estar confiantes que eles sozinhos tinham um mandato social para julgar e manejar a qualidade do atendimento das suas consultas. Atualmente, este mandato é contestado diariamente nos próprios consultórios médicos pelos pacientes e por grupos representativos (56,57,58,59,60,61,62). Mesmo que muitos médicos tenham reagido ao debate sobre qualidade do atendimento com angústia, ceticismo ou simplesmente desinteresse, tais reações são um luxo que os médicos não podem continuar tendo. Caso eles não possam entender, e muito menos liderar, o debate

atual sobre a qualidade dos serviços de saúde, a sua condição será desafiada pelos grupos políticos e econômicos. O envolvimento dos médicos e dos outros profissionais da saúde que atuam no dia-a-dia nas questões de planejamento não é simplesmente desejável, mas também essencial para a melhora da qualidade dos serviços de saúde (57).

A missão dos serviços de saúde é proporcionar aos pacientes um ótimo atendimento, que possa ser resolutivo. No entanto, os profissionais, os pacientes e os administradores divergem a respeito do assunto. Os médicos enfatizam a efetividade clínica das suas ações para conseguir bons resultados; os pacientes desejam uma atitude amigável dos médicos e uma boa informação sobre a sua doença, além de fácil acesso aos serviços de saúde; já os administradores do setor saúde priorizam a eficiência e o custo efetivo do atendimento. Portanto, boa qualidade de cuidado inclui uma variedade de aspectos. A estratégia para melhorar a qualidade dos serviços de saúde inclui: identificar os problemas, desenvolver protocolos das condições mais freqüentes, definir metas para realizar uma boa prática clínica, revisar o desempenho, mudar o atendimento quando necessário e criar condições para melhorar a prática clínica (63).

O processo de planejamento consiste de uma série de etapas, que são seguidas de uma forma mais ou menos sistemática. Ele inicia com a identificação dos problemas, a consideração das estratégias alternativas para minorá-los e a escolha das estratégias preferidas. As atividades implementadas são avaliadas, e cabe destacar que o bom desempenho nos serviços de saúde é um conceito

dinâmico, que é continuamente evidenciado por pesquisas com enfoque no processo (Figura 2).

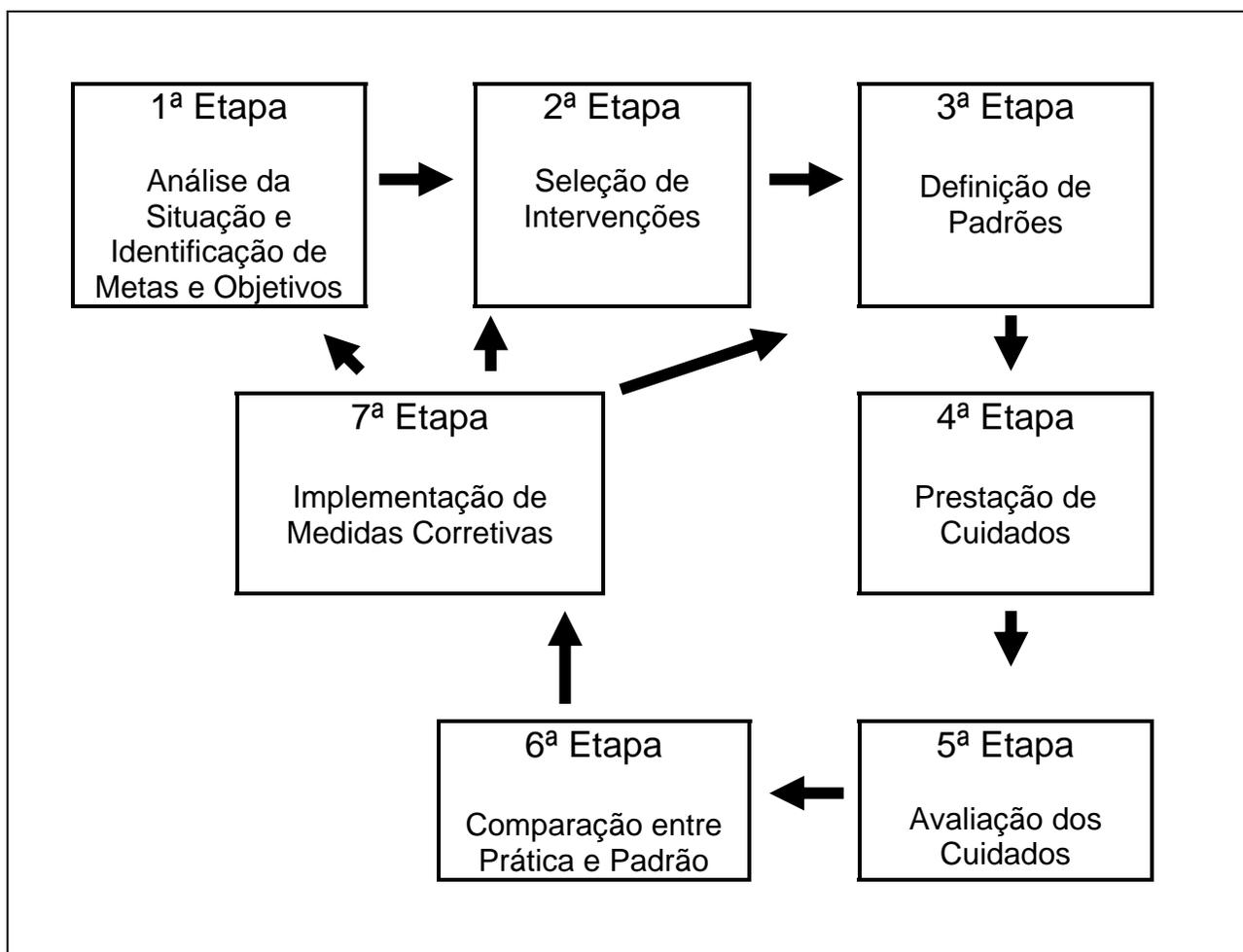


Figura 2 - Diagrama do Ciclo da Garantia de Qualidade

O momento e o estímulo para realizar o planejamento ocorre quando existe o reconhecimento de que uma situação é indesejável ou que uma estratégia alternativa poderia melhorar o desempenho do serviço. Este reconhecimento pode ocorrer dentro do próprio planejamento ou no ambiente de trabalho. Independentemente da fonte, a primeira etapa do processo demanda uma análise da situação (55).

O conceito de necessidade e população alvo são essenciais para qualquer nível de planejamento de saúde, planejamento que inicia com a identificação das necessidades de uma população para serviços de saúde. O que significa necessidade de saúde, no entanto, é sujeito a muito debate na literatura com enfoque no planejamento de saúde, na organização de atendimento médico e na sociologia do atendimento médico (63,64,65). Donabedian define necessidade como “algum distúrbio na saúde e no bem-estar”. No entanto, a definição de distúrbio não é muito clara, pois distúrbio é sempre uma percepção e, portanto, a sua avaliação depende de quem está percebendo. O próprio Donabedian sugere que há pelo menos duas perspectivas sobre necessidade: a do paciente e a do médico (46,47).

Os quatro métodos de avaliação das necessidades são: análise de utilização, frequência de condições em tratamento, infra-estrutura e pesquisa populacional. A seguir, estes métodos são descritos (63,64,65).

O método de análise de utilização examina a necessidade em termos da demanda para o serviço. A demanda é medida pelos tipos e quantidade de serviços utilizados. Esta análise compara a utilização entre grupos de renda e entre etnias diferentes. Uma das razões para esta comparação é o de verificar a existência de possíveis barreiras ao serviço que possam afetar segmentos específicos da população (63,64,65).

As freqüências de condições em tratamento avaliam a utilização de serviços, como, por exemplo, o perfil dos pacientes, o nível de saúde, os problemas com o transporte, o tempo de espera, etc. A avaliação das necessidades é baseada nas características documentadas na pesquisa, e esta medida de necessidade é enviesada por usuários freqüentes (63,64,65).

O método para coleta de dados da infra-estrutura é baseado no pressuposto de que indivíduos que recebem atendimento de fato o necessitam. O número de profissionais e de serviços de saúde num determinado local em estudo é comparado com o volume de utilização de serviços (63,64,65).

As pesquisas com base populacional avaliam a necessidade através de coleta de dados sobre problemas de saúde, incapacidades e percepção das necessidades diretamente com os moradores de uma comunidade. Um outro tipo de pesquisa consiste em realizar entrevistas com os médicos que atuem nos serviços de saúde para identificar a sua percepção das necessidades dos pacientes (63,64,65).

Para estabelecer um padrão de atendimento, convém utilizar os conhecimentos gerados pelas pesquisas em serviços de saúde que visem melhorar o desempenho do setor. As pesquisas sobre a qualidade dos serviços de saúde procuram desenvolver um apoio científico para as atividades desenvolvidas, com vistas à melhoria da qualidade. Estas pesquisas propõem-se estudar métodos, instrumentos, estratégias e programas que sejam mais custo-efetivos, factíveis e aceitáveis para avaliar e melhorar a qualidade do atendimento do paciente (63,64).

A pesquisa que avalia a qualidade do atendimento possibilita traduzir a evidência da pesquisa clínica em protocolo factível ou em indicadores de qualidade. Este tipo de pesquisa preocupa-se com a avaliação ou mudança do atendimento e a implementação de novas rotinas. Isto implica que não apenas a eficácia ou confiabilidade dos instrumentos são importantes, mas também a sua factibilidade para o uso diário. As pesquisas que avaliam a qualidade do atendimento têm como meta identificar as características de boa prática clínica, os fatores que influenciam a qualidade do atendimento e o modo como as práticas profissionais e institucionais podem melhorar para conseguir uma alta qualidade de cuidado, o qual esta representado no Quadro 1 (63,64,65,66,67).

Quadro 1 - Disciplinas relevantes para a pesquisa em serviços de saúde e políticas de saúde

Pesquisa	Orientação	Método	Modelo
Clínica	Diagnóstica e terapêutica	Registro de pacientes, observacional e experimental	Biológico
Atendimento médico	Processo do cuidado	Registro do paciente, pesquisa observacional	Comportamental
Sociológica	Comportamento humano	Observacional	Comportamental
Demográfica	Dinâmica da população	Registro, observacional	Biológico/ probabilístico
Bioestatística	Quantitativo	Registro de pacientes	Probabilístico/ matemático
Operacional	Análise de sistema para decisão	Registro de Paciente	Probabilístico/ Matemático
Epidemiológica	Estado de saúde populacional	Registro de paciente, observacional e experimental	Biológico e comportamental/ Probabilístico

A satisfação é uma dimensão importante do desfecho do atendimento médico. Um paciente satisfeito com o serviço tem mais probabilidade de seguir o aconselhamento médico. No entanto, é importante lembrar que sempre é possível haver paciente satisfeito submetido a investigações inapropriadas, diagnósticos incorretos, tratamento incorreto e desfechos menos favoráveis, ao lado de outros que receberam tratamento com melhor qualidade. Portanto, a qualidade do

atendimento médico tem várias dimensões, dentre as quais satisfação do paciente é uma. Os pacientes podem ficar satisfeitos ou insatisfeitos devido a condições de acesso ao cuidado, a aspectos tecnológicos, a relações interpessoais com enfermeiras e médicos, à continuidade do atendimento, à organização do atendimento, à clareza da informação recebida e ao ambiente do próprio local de atendimento (66).

Numa consulta, um dos aspectos fundamentais é que as expectativas, tanto do médico como do paciente, sejam atendidas. Muitas vezes o paciente pode mostrar satisfação com uma consulta em razão de suas expectativas serem baixas. Enfatizar uma avaliação apenas no resultado leva a uma visão unidimensional de qualidade e ignora a possibilidade de os consumidores de serviços de saúde desejarem muitos outros atributos além do melhor desfecho possível. Outros aspectos também devem ser levados em conta, como acesso, ambiente confortável e com privacidade, resposta a preferências individuais e um atendimento coordenado e bem integrado (67,68,69,70,71).

Um mau serviço pode ser objeto de poucas reclamações simplesmente porque os pacientes encontram dificuldades para queixar-se. Na verdade, tem sido mostrado que existe uma correlação positiva entre o número de queixas e a satisfação dos pacientes com uma instituição. Os pacientes muitas vezes não se queixam porque têm a impressão de que nada modificaria com a sua queixa. A expressão ativa de insatisfação ou queixa exige um envolvimento que é fundamentalmente diferente daquele envolvido na expressão da satisfação ou da

insatisfação passiva. Por isto é importante explorar ativamente a satisfação do paciente (66).

Em resumo, a avaliação de um serviço de saúde pode ser definida como uma constelação de aspectos e envolve a análise de informação coletada através de várias estratégias metodológicas diferentes, de forma a determinar a relevância, o progresso, a eficiência, a efetividade e o impacto das suas atividades. O papel da epidemiologia também é importante no planejamento dos serviços de saúde. A qualidade do atendimento dos pacientes deve ser avaliada em três dimensões - estrutura, processo e desfecho. A satisfação do paciente é uma dimensão importante do desfecho do serviço de saúde.

2.4 - Determinantes da utilização de uma emergência

Devido a distorções do sistema de remuneração, a instrumentos de coleta de dados pouco precisos e à falta de tradição na utilização de informações no processo de tomada de decisões, o Brasil tem um sistema de informações, especialmente os de morbidade, pouco confiável. Neste momento, o país vivencia uma transição demográfica e uma transição epidemiológica e, dentro deste contexto, deve-se identificar potenciais fatores que contribuem para a demanda dos serviços de emergência (72).

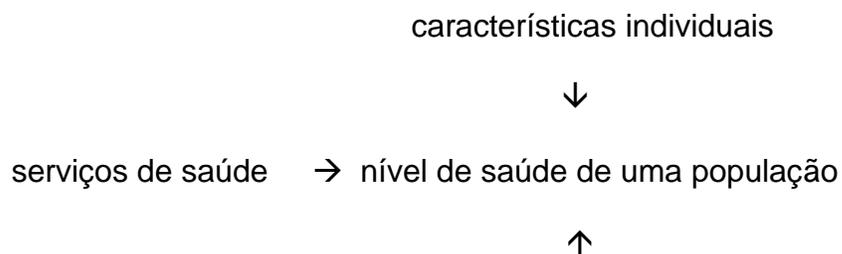
Para identificar os fatores que levam a utilizar uma emergência é importante investigar a distribuição de morbimortalidade, que varia de acordo com as características demográficas e sociais na população. As medidas epidemiológicas derivadas dos registros vitais, as pesquisas, os indicadores de saúde e a classificação de doenças são pertinentes na utilização de serviços de saúde. Estas medidas podem ser utilizadas para estimar a necessidade de saúde (aspectos preventivos e curativos) das populações. As estimativas de demanda da população podem ser realizadas através das medidas de utilização de serviços de saúde. A comunidade tem a expectativa de que um serviço de saúde responda às suas necessidades. A avaliação destas necessidades e das demanda é um processo dinâmico que requer monitoramento e vigilância. O estado de saúde da população, portanto, poderia ser avaliado periodicamente e tornar-se um componente integral do processo de tomada de decisão. O serviço de emergência possibilita evidenciar as iniquidades que ocorrem na sociedade. A baixa condição sócio-econômica é uma barreira poderosa para o acesso aos serviços de saúde, especialmente em países com um sistema de saúde sem universalidade. Nos EUA, por exemplo, pessoas de classes sociais mais baixas realizam um número menor de consultas ao médico – apesar da provavelmente alta necessidade de utilizar os serviços de saúde (67).

A população exposta a serviços de atenção primária efetivos apresenta um menor número de atendimentos inadequados nos serviços de emergência. Ainda que o acesso à atenção primária não traduza necessariamente uma melhor saúde, países com um sistema de saúde em que a atenção primária é bem definida

geralmente têm melhores indicadores de saúde do que os países nos quais os sistemas de saúde não a têm. Na cidade de Nova York, por exemplo, a proporção de hospitalização por condições que são consideradas como preveníveis varia de acordo com a intervenção no nível de atenção primária. As condições preveníveis também são conhecidas como condições sensíveis ao atendimento ambulatorial (73,74,75,76,77,78).

Vários fatores interferem na decisão do paciente de utilizar um serviço de emergência. Quando os pacientes decidem consultar, provavelmente definem o seu problema como de emergência. Algumas pessoas declaram que o serviço de emergência é o recurso habitual de atendimento e acham apropriado procurar este local para problemas médicos de rotina. Dentro do contexto epidemiológico, um serviço de saúde é visto como um determinante das condições de saúde da população. Considerando os serviços de saúde como um dos fatores da determinação do nível de saúde, é possível afirmar que os serviços são um meio e não um fim em si mesmo (49).

Os determinantes do nível de saúde de uma população podem ser apresentados de acordo com o seguinte esquema:



ambiente físico, social e biológico

Devem-se levar em conta fatores individuais e ambientais antes de estabelecer conclusões sobre o impacto de um serviço específico nas condições de saúde da população. Uma das razões que levam os pacientes a preferir consultar na emergência em vez de realizar uma consulta ambulatorial é o fato de que a emergência está aberta 24 horas por dia e propicia um atendimento com maior abrangência do que os postos de saúde (49). Do ponto de vista do paciente, há muitas vantagens em utilizar um serviço de emergência: além dos médicos ficarem disponíveis durante as 24 horas do dia, por lei há necessidade de avaliar todos os pacientes que requerem tratamento. Assim, os pacientes evitam perda de horas de trabalho ou não precisam organizar-se para alguém cuidar dos filhos, uma vez que o atendimento pode ser realizado à noite e no final de semana. Neste sentido, a emergência é particularmente importante para os pobres que vivem em zona urbana, que têm acesso limitado a outros recursos de saúde. Seria eticamente inadequado realizar uma pesquisa para investigar se o atendimento episódico numa emergência é melhor do que atendimento médico nenhum (13).

Pressupõe-se que as pessoas consultam um médico quando apresentam um sintoma. No entanto, dois aspectos comportamentais das pessoas devem ser levados em conta para evidenciar fatores que desencadeiam a procura de um serviço de saúde (79):

a) Existem pessoas que não vão ao médico, ou levam muito tempo até decidirem consultar, apesar de experienciarem sintomas de uma doença séria. Este grupo constitui o que tem sido denominado “iceberg clínico” - pessoas com uma doença séria e com sintomas que permanecem sem tratamento.

b) Existem pessoas que consultam o médico com queixas triviais ou com problemas sem relevância clínica. Muitos médicos acreditam que um grande número de pacientes (um terço até a metade) pode ser incluído nesta categoria.

A antropologia médica investiga as formas como as pessoas em diferentes culturas e grupos sociais explicam as causas da sua enfermidade, os tipos de tratamento em que acreditam e onde decidem consultar quando ficam doentes. Vários estudos mostram que as pessoas experienciam sintomas com frequência. Um deles mostrou que, quando defrontados com uma lista, os adultos lembram-se, em média, de cerca de quatro sintomas nas duas semanas prévias. Outra pesquisa mostrou que mais de 95% das pessoas experimentaram pelo menos um sintoma nas duas semanas anteriores. As pessoas relataram em pesquisas que muito poucos sintomas as levam a procurar uma consulta com o médico. A partir destas pesquisas, fica evidente que os pacientes realizam alguma forma de avaliação ou interpretação dos seus sintomas antes de decidir procurar um serviço de saúde. No entanto, o entendimento abrangente é complicado pelo fato de os sintomas também serem interpretações de como se percebe que o corpo esteja funcionando (24,25,79,80).

Em relação aos sintomas experimentados pelos pacientes, pode-se afirmar que:

- sintomas são muito comuns, ainda que a maior parte deles sejam transitórios e freqüentemente esquecidos;
- tanto a experiência como o significado do sintoma variam de acordo com o humor e o contexto do paciente;
- o significado do sintoma determina o comportamento do paciente;
- a avaliação da gravidade dos sintomas pode variar - pode ser considerado trivial pelo médico e sério pelo paciente, ou vice-versa.

As perguntas formuladas pelo paciente no momento em que decide consultar um médico são:

- Os meus sintomas são normais ou anormais?
- Eu devo consultar o médico nesta ocasião?
- O que eu posso fazer em vez de consultar um médico?
- Quais os benefícios de consultar um médico?
- Quais são as desvantagens de consultar um médico?

Estas questões e suas respostas podem ser traduzidas em idéias, preocupações e expectativas. Portanto, ninguém vai a um médico com apenas um sintoma, os pacientes vão com uma idéia, com preocupação e com expectativas relacionadas ao sintoma (79,80).

A forma de atendimento dos médicos também pode contribuir para consultas na emergência, especialmente aquelas consideradas como desnecessárias. White e O'Connor (81) mostraram que um terço dos pacientes que consultaram na emergência eram encaminhados por médicos e que tais pacientes tinham mais probabilidade de ter queixas não urgentes do que os pacientes auto-encaminhados. Caracterizar uma consulta como de urgência pode ser "aprendido", em parte, a partir do modelo de atendimento do médico. Se um paciente é orientado por um médico a ir à emergência, é muito razoável para o paciente pressupor que um atendimento imediato é necessário. Os encaminhamentos para emergência realizados por médicos sem qualquer critérios constituem um modelo que reforça o uso inadequado do serviço de emergência pelos pacientes (81,82).

O uso de um serviço de emergência por problemas de saúde não urgentes tem sido muito controverso, em parte porque não existe uma definição de consenso sobre o que é atendimento não urgente. Um estudo, por exemplo, considerou como critérios de atendimento urgente as seguintes variáveis: internação no hospital, consultas com acidentes e lesões que levaram a consultar imediatamente, procedimento cirúrgico realizado durante a consulta, encaminhamento médico para a emergência, o paciente ter chegado à emergência de ambulância ou ter ido consultar na emergência há três dias e ter relatado a sua condição como muito séria. Todas as outras consultas foram consideradas como não urgentes (9). Isto mostra que a definição do tipo de consulta depende do contexto cultural em que o estudo é realizado (80).

A eliminação ou redução substancial de consultas não urgentes é freqüentemente identificada como uma estratégia para reduzir os gastos no setor saúde. O uso de serviços de emergência para condições não urgentes leva a grandes preocupações por pelo menos duas razões (9):

1 - Muitas pessoas que usam a emergência por condições não urgentes não têm acesso a serviços de atenção primária e, portanto, o uso das emergências serve como substituto dos postos de saúde, onde continuidade no atendimento, seguimento do tratamento e serviços preventivos podem ser prestados de uma forma mais efetiva.

2 - Há um excesso de custo para o sistema de saúde relacionado com o tratamento de problemas não urgentes em emergências de hospitais.

Algumas pesquisas mostram que, mesmo em casos com diagnóstico de infecção respiratória alta, 76% dos pacientes que consultaram em serviço de emergência acreditavam que necessitavam ser vistos em até 24 horas (9). Estes estudos mostram que os pacientes têm mais probabilidade de considerarem o seu problema como urgente.

Mais da metade dos pacientes que estão doentes há vários dias acreditam que necessitam ser vistos imediatamente. Mesmo aqueles com sintomas leves desenvolvem um senso de urgência, caso estejam doentes por vários dias e não

tenham conseguido atendimento médico. Num determinado momento, a tolerância do paciente se excede e a percepção de necessidade por um tratamento médico torna-se urgente (83).

Geralmente, a razão citada para utilizar o serviço de emergência é a dificuldade de obter o acesso à atenção primária em saúde. Em um estudo, somente 13% dos pacientes apresentavam condições identificadas como clinicamente apropriadas para a emergência. Pacientes com fonte regular de atendimento utilizaram o serviço de emergência de forma mais adequada do que os que não tinham um local de atendimento habitual. Trinta e oito por cento dos pacientes expressaram vontade de trocar a consulta que realizariam na emergência por uma marcação de consulta ambulatorial em até 3 dias. Esses dados permitem concluir que as emergências poderiam encaminhar um grande número de pacientes para atendimento em atenção primária (84).

A superlotação de uma emergência é um problema complexo. A utilização do serviço de emergência por pacientes com problemas não emergentes pode contribuir para tal e impedir o acesso de pacientes com emergência verdadeira. Muitas pessoas pobres, no entanto, têm as emergências do hospital público como o único local de atendimento. Nesses casos, se outros locais de atendimento ambulatorial estiverem disponíveis, pacientes com condições não urgentes podem ser encaminhadas para estes locais. Alguns estudos mostraram que 20% dos pacientes que consultavam num serviço de emergência apresentavam problemas que não requeriam avaliação imediata pelo médico. Ao estabelecer uma política

que encaminhava para uma clínica próxima os pacientes com queixas não urgentes, foi possível reorganizar o fluxo de pacientes no serviço de emergência estudado (82,83).

Uma pesquisa avaliando os gastos médicos anuais nos EUA mostrou que 6,3 % da população americana realiza consulta por problema de saúde não urgente. O estudo mostrou que os negros têm menos probabilidade que os brancos de terem consultas com um médico definido, porém têm mais probabilidade de terem uma consulta não urgente no serviço de emergência. Esta diferença persiste mesmo quando a variável é controlada por cobertura de seguro-saúde e nível sócio-econômico. Uma das interpretações é que os hospitais estão localizados em áreas onde moram mais negros, enquanto que os consultórios são menos acessíveis a eles. É possível supor que os problemas constatados nas emergências sejam reflexo de uma situação que perpassa a sociedade, como um todo, que discrimina estratos populacionais submetidos ao longo dos anos a experiências de discriminação, taxas altas de pobreza, desemprego e falta crônica de seguro saúde (34).

Outro aspecto a ser enfatizado é o de que as pessoas têm mais probabilidade de consultar na emergência se morarem próximo a ela, o que pode refletir uma maior conveniência e acesso. Além disso, moradores de locais de baixa renda têm menos probabilidade de utilizar postos de saúde do que pessoas em áreas mais afluentes, porém mais probabilidade de utilizar uma emergência por um problema não urgente. Isto pode ser explicado pela falta de serviços de

atenção primária em áreas pobres, mas maior proximidade às emergências de hospitais públicos. Estudos prévios, contudo, têm mostrado que o uso elevado de emergências em vizinhanças de baixa renda não ocorre em função da proximidade. É possível que pessoas vivendo em áreas com alta concentração de pobreza tendam a ter maior grau de isolamento social e uma sensação de dissociação das instituições sociais, o que afeta a forma como estes indivíduos interagem com o sistema de saúde (34,82).

Muitas vezes a emergência é procurada não por falta de acesso a serviços primários e, sim, por conveniência e preferência. Alguns autores notaram que usuários com médico definido preferem utilizá-la em certas condições, particularmente por doenças de rotina e menos graves, porque não conseguem horário com o seu médico num período de tempo desejável. Considerando-se que a maioria dos serviços de emergências fica aberta 24 horas por dia, 7 dias por semana e que a maioria dos pacientes têm o acesso facilitado para receber o tratamento no mesmo dia, os serviços de emergência podem ser uma alternativa para quem não deseja ou não tem condições para atendimento dentro do horário de funcionamento do posto (82).

Os pacientes geralmente procuram os serviços de emergência por queixas que os médicos relatam como não urgentes. Vários fatores têm papel na decisão do paciente em utilizar um serviço de emergência. Alguns pacientes acreditam que têm mais condições do que o médico para definir se seu problema é urgente. Outros consideram o serviço de emergência como a sua fonte habitual de

atendimento e acham adequado consultar por problemas médicos de rotina. Pacientes que não têm uma fonte regular de atendimento médico fora das emergências também têm mais probabilidade de consultar com uma condição não urgente (82). Os hospitais públicos nos EUA são considerados uma rede de segurança, onde os indivíduos que precisam de atendimento médico têm um local que pode preencher suas necessidades (82,83,84).

O período de longa espera imposta aos pacientes com condição considerada não urgente resulta da necessidade de racionamento dos recursos escassos da emergência. O risco é o de os pacientes não avaliarem adequadamente a gravidade dos seus sintomas ou a necessidade para atenção médica imediata, e a espera pode representar um risco de um desfecho adverso (82).

Em resumo, os fatores que determinam a consulta numa emergência, de acordo com a literatura, são os seguintes: características sócio-econômicas da população; serviço de emergência identificado como o local habitual de atendimento; acesso facilitado aos pacientes (especialmente às pessoas pobres); os pacientes consideram o seu problema como de urgência com mais freqüência do que os médicos; pacientes sem médico definido ou sem serviço de atenção primária irem à emergência por problemas de saúde não urgentes com mais freqüência; os serviços de emergência estarem abertos 24 horas e seu atendimento ser mais abrangente que o dos postos de saúde; o tipo de prática dos médicos que trabalham no nível ambulatorial; o longo tempo que o paciente tolera apresentando sintomas; e o tempo de deslocamento até a emergência.

Muitas vezes a emergência é procurada não por falta de acesso a serviços primários e, sim, por conveniência e preferência. Alguns autores notaram que usuários com médico definido preferem utilizá-la em certas condições, particularmente por doenças de rotina e menos graves, porque não conseguem horário com o seu médico num período de tempo desejável. Considerando-se que a maioria dos serviços de emergências fica aberta 24 horas por dia, 7 dias por semana e que a maioria dos pacientes têm o acesso facilitado para receber o tratamento no mesmo dia, os serviços de emergência podem ser uma alternativa para quem não deseja ou não tem condições para atendimento dentro do horário de funcionamento do posto (82).

Os pacientes geralmente procuram os serviços de emergência por queixas que os médicos relatam como não urgentes. Vários fatores têm papel na decisão do paciente em utilizar um serviço de emergência. Alguns pacientes acreditam que têm mais condições do que o médico para definir se seu problema é urgente. Outros consideram o serviço de emergência como a sua fonte habitual de atendimento e acham adequado consultar por problemas médicos de rotina. Pacientes que não têm uma fonte regular de atendimento médico fora das emergências também têm mais probabilidade de consultar com uma condição não urgente (82). Os hospitais públicos nos EUA são considerados uma rede de segurança, onde os indivíduos que precisam de atendimento médico têm um local que pode preencher suas necessidades (82,83,84).

O período de longa espera imposta aos pacientes com condição considerada não urgente resulta da necessidade de racionamento dos recursos escassos da emergência. O risco é o de os pacientes não avaliarem adequadamente a gravidade dos seus sintomas ou a necessidade para atenção médica imediata, e a espera pode representar um risco de um desfecho adverso (82).

Em resumo, os fatores que determinam a consulta numa emergência, de acordo com a literatura, são os seguintes: características sócio-econômicas da população; serviço de emergência identificado como o local habitual de atendimento; acesso facilitado aos pacientes (especialmente às pessoas pobres); os pacientes consideram o seu problema como de urgência com mais frequência do que os médicos; pacientes sem médico definido ou sem serviço de atenção primária irem à emergência por problemas de saúde não urgentes com mais frequência; os serviços de emergência estarem abertos 24 horas e seu atendimento ser mais abrangente que o dos postos de saúde; o tipo de prática dos médicos que trabalham no nível ambulatorial; o longo tempo que o paciente tolera apresentando sintomas; e o tempo de deslocamento até a emergência.

3 MARCO CONCEITUAL

A utilização de serviços de emergência por problemas de saúde tem sido alvo de muita discussão. Os serviços de emergência recebem não apenas a demanda do atendimento de urgência/emergência, mas também aquela considerada eletiva que não consegue ser absorvida pelos serviços de atenção primária. Dentre as estratégias para a redução substancial de utilização de casos não urgentes, propõe-se o atendimento médico personalizado, para o que faz-se necessário uma extensão dos serviços de atenção primária tal, que permita vinculação entre paciente e médico.

Na Figura 3 é apresentado o modelo teórico utilizado para identificar os fatores associados para ter um médico definido. Cada categoria abaixo representa as seguintes variáveis:

Fatores sociais: renda, escolaridade;

Fatores demográficos: gênero, idade, procedência;

Eventos psicossociais: quem encaminhou, apoio social, o estar ou não acompanhado durante a consulta, satisfação com o atendimento;

Assistência médica: local onde habitualmente consulta, número de consultas nos últimos 6 meses, condição de saúde em relação a outras pessoas, característica da consulta (programada, urgência, emergência),

tempo que apresenta sintomas, tempo de deslocamento até a emergência, característica da última consulta;

Doenças traçadoras: doenças que permitem “traçar” o percurso do paciente através do processo de assistência médica: hipertensão, alcoolismo, doença psiquiátrica menor e angina, doenças selecionadas, neste trabalho, para serem representativas da assistência clínica em geral (85).

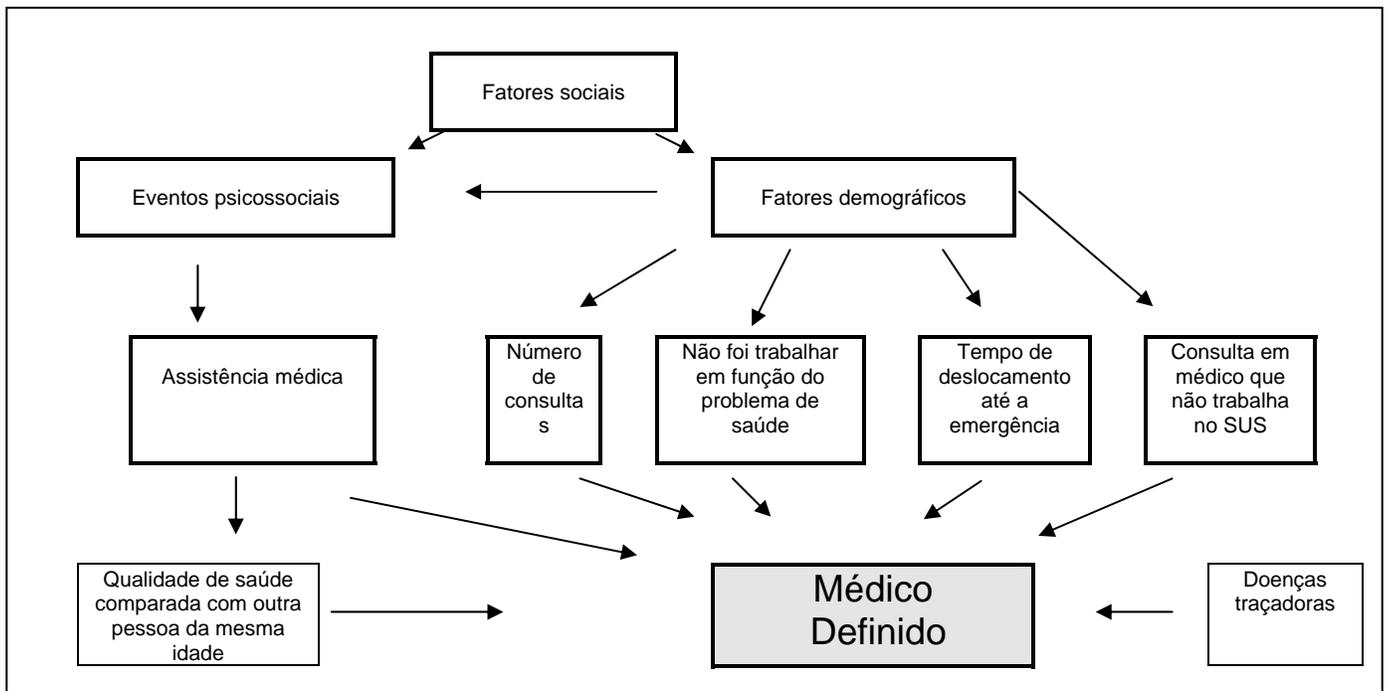


Figura 3 - Modelo Teórico – Fatores associados para ter médico definido

Os fatores determinantes para utilização de consultas em serviço de emergência estão discriminados na Figura 4.

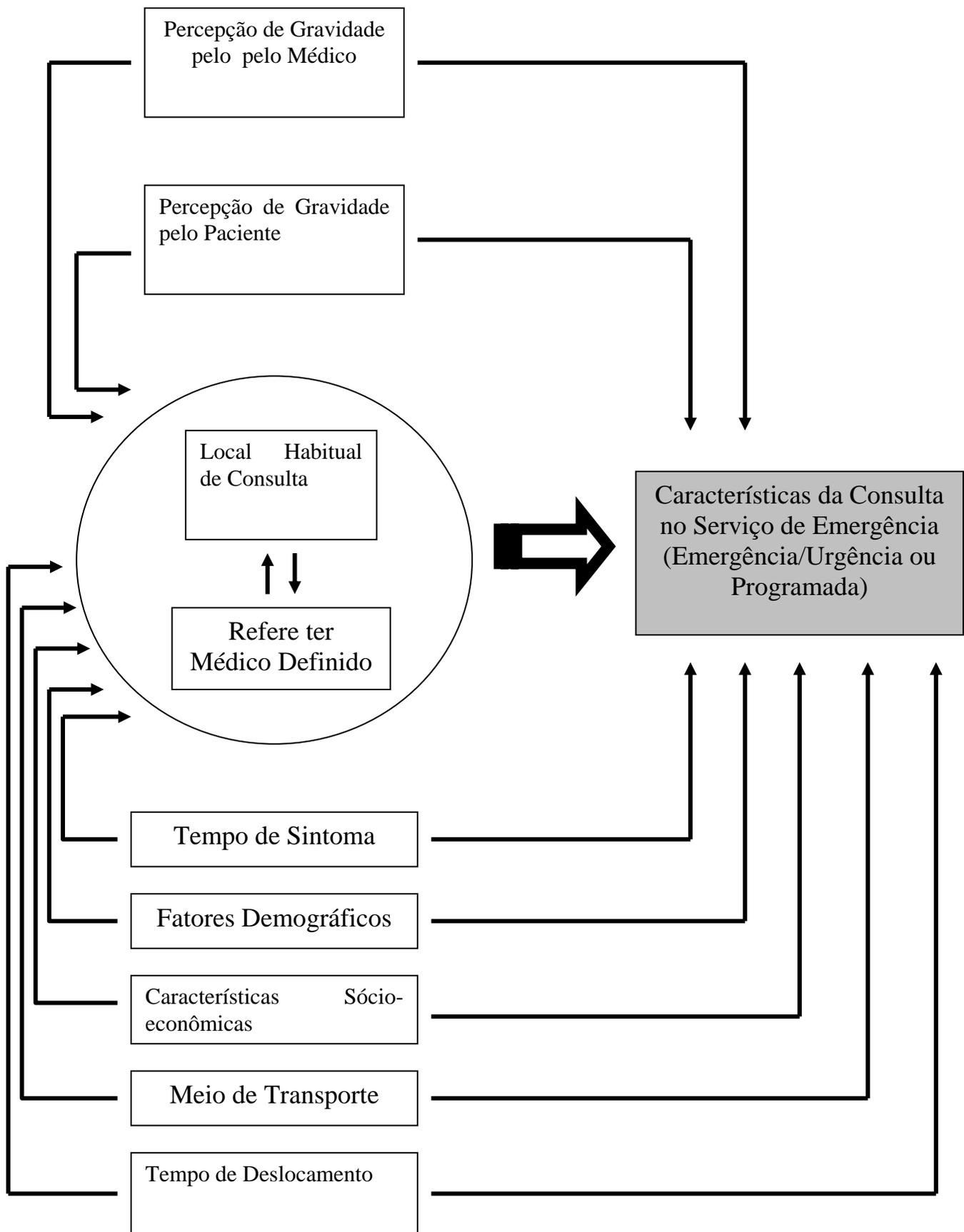


Figura 4 – Modelo Teórico: Fatores determinantes para utilização de consultas no serviço de emergência

4 HIPÓTESES E OBJETIVOS

4.1 - Hipótese conceitual

De acordo com o marco conceitual adotado, pacientes que referem que têm um atendimento por um médico definido ou são atendidos num serviço de atenção primária têm maior probabilidade de consultar no serviço de emergência por um problema que seja caracterizado como urgência ou emergência pelo médico, mesmo levando em conta os efeitos de outras variáveis associadas a esses mesmos fatores. Da mesma maneira, acredita-se que pacientes que habitualmente consultam em serviços de atenção primária têm mais chances de referir um médico definido do que aqueles que consultam em ambulatórios de hospitais.

4.2 – Objetivos gerais

Os objetivos gerais delineados para o presente estudo foram as seguintes:

1. Investigar as características do usuário da emergência em relação a aspectos demográficos, local de moradia, tempo que apresentam os sintomas até consultar e a diferença da demanda entre o final de semana e durante a semana, usando as seguintes condições: saúde mental, alcoolismo, doença coronariana e hipertensão.

2. Avaliar como é a utilização e o acesso a serviços de saúde para os pacientes que referem ter um médico definido em comparação com quem não têm.

3. Avaliar a satisfação dos pacientes com o atendimento na emergência.

4. Investigar as características da assistência médica que tem mais chance de os pacientes referirem ter um médico definido.

5. Avaliar o sistema de informação do Serviço de Emergência do HNSC.

4.3 - Objetivos específicos

1. Descrever o perfil dos pacientes que utilizam o serviço de emergência do HNSC;

2. Investigar os recursos de saúde utilizados pelos pacientes que consultam na emergência do HNSC e os motivos que os levaram a consultar na emergência e não no posto de saúde;

3. Investigar a prevalência das seguintes condições: dor torácica aguda, doença mental, hipertensão, alcoolismo e os fatores de risco de doença isquêmica - uso de pílula, fumo, diabete, história familiar, obesidade, tempo médio de exercício por semana;

4. Comparar os pacientes atendidos em final de semana e em dia de semana, em relação a características demográficas, local de residência, meio de transporte utilizado, tempo de deslocamento do domicílio até o serviço de emergência e até o local em que costumam consultar, tempo que o paciente estava apresentando os sintomas até consultar e satisfação com o atendimento;

5. Investigar a razão por que o paciente atendido não tem um médico definido, a especialidade do médico que o paciente costuma consultar, o local de atendimento e o motivo que o levou a não consultar seu médico;

6. Comparar pacientes que têm médico definido com os que não têm, e pacientes atendidos habitualmente em serviços de atenção primária com os

atendidos em hospitais, em relação à gravidade do problema apresentado na emergência;

7. Avaliar o grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento recebido na Emergência do HNSC;

8. Identificar quais os locais habituais de atendimento tem maior probabilidade de os pacientes referirem ter um médico definido;

9. Avaliar a qualidade de registro dos boletins de atendimento da emergência do HNSC.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 - Local do estudo

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é composto pelos Hospitais Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina, Criança Conceição e pela Divisão de Saúde Comunitária, realiza atendimento gratuito de grande volume e representa um recurso importante no setor de saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul (estima-se que o ambulatório e a emergência do HNSC representem 35% da demanda ambulatorial oferecida ao SUS na cidade de Porto Alegre). O Hospital N.S. da Conceição (HNSC), localizado na zona norte de Porto Alegre, é citado como o quarto maior hospital do país. Dispõe de 917 leitos e se caracteriza como um hospital geral, prestando atendimento nas áreas de medicina interna, ginecologia-obstetrícia e cirurgia.

O Serviço de Emergência para adultos é constituído por um grupo multidisciplinar de profissionais que trabalham em regime de revezamento de plantão, de forma que o serviço atende 24 horas por dia, tendo funcionado ininterruptamente desde o dia primeiro de novembro de 1975. Os pacientes com trauma são encaminhados para o Hospital Cristo Redentor, que se localiza a mais ou menos 400 metros de distância. O número médio mensal de atendimento no setor da clínica médica, cirurgia geral e ginecologia é de 17 mil pacientes. A equipe é composta por 33 clínicos (6 médicos trabalham 180 horas, 25, 120 horas

e 2, 60 horas por mês), 10 cirurgiões (com 120 horas por mês) e 5 ginecologistas (4 médicos com 120 horas e um com 180 horas por mês). O serviço dispõe de 7 enfermeiras, 87 auxiliares de enfermagem e, diretamente ligados à emergência, há ainda 20 funcionários administrativos (secretárias, recepcionistas), 10 vigias e 2 assistentes sociais.

Até o início de 1996, o serviço ocupava uma área física de 414.39 m², localizada no próprio HNSC; no momento, a emergência dispõe de uma área física de 702.35 m². Em abril de 1996, foram realizadas reformas importantes na sua estrutura. O presente estudo, por ter sido realizado parcialmente antes desta reforma, permite avaliar o impacto da reforma em alguns aspectos da qualidade do serviço. O local possui uma área de recepção e, internamente, é dividido em salas com diferentes funções. De forma simplificada, pode-se dizer que há uma sala para o tratamento dos pacientes mais graves, que dispõe de vários leitos e recursos para reanimação cardíaco-pulmonar, há uma sala para verificação de sinais vitais, salas para triagem médica, uma sala para observação e administração de medicamentos e várias outras subdivisões internas como, por exemplo, para o atendimento cirúrgico, ginecológico e administrativo. O serviço dispõe de 32 leitos para um primeiro atendimento. Por apresentar demanda maior que a capacidade instalada, é freqüente haver um grande número de pacientes aguardando leitos.

5.2 - Tipo de delineamento

Todas as informações foram coletadas simultaneamente, e os entrevistados foram contatados apenas num momento. O delineamento transversal foi escolhido para realizar um levantamento do perfil dos pacientes atendidos e das condições que mais freqüentemente ocorrem na emergência, assim como possibilitar o planejamento das ações do setor.

5.3 - Amostragem e coleta de dados

Para garantir a representatividade dos pacientes atendidos em todos os períodos escolhidos, a pesquisa utilizou a amostragem aleatória sistemática. Os dois períodos escolhidos foram entre o meio-dia de sábado e o meio-dia de domingo (representando a demanda de final de semana – período típico de repouso em que não funcionam os serviços ambulatoriais) e entre o meio-dia de segunda-feira e o meio-dia de terça-feira (representando a demanda do início da semana – dia típico de trabalho e de pleno funcionamento dos serviços ambulatoriais). O intervalo (pulo) para realizar a entrevista, escolhido em cada início de período de pesquisa com o intuito de evitar perdas indesejadas, levou em conta o número de entrevistadores disponíveis e a expectativa de demanda no turno de atendimento. Em média, este intervalo foi de 8 em 8 pacientes para toda a pesquisa. Em combinação com o Centro de Processamento de Dados, foi estabelecido que uma letra colocada no canto superior do Boletim de Atendimento

indicaria o pulo, e os médicos que estavam atendendo, evidentemente, não tinham o conhecimento desta informação (86,87,88).

O estudo cobriu o período compreendido entre 6 de janeiro e 25 de junho de 1996, onde em cada um dos 20 dias selecionados houve uma coleta de dados ininterrupta por 12 horas pelos entrevistadores, totalizando 240 horas de coleta de dados.

A Tabela 2 mostra como foram distribuídos os 553 pacientes entrevistados na pesquisa. O percentual de entrevistas completas por dia de entrevista variou de 77% a 100%. A taxa de resposta nesta pesquisa foi de 88%.

As razões para exclusão de pacientes na amostra foram as seguintes: paciente atendido no dia anterior aguardando leito, cujo boletim de atendimento foi realizado apenas para fins de cobrança (61%), paciente sem condições de colóquio (37%) e paciente internado em outro hospital realizando exame laboratorial (2%). Inicialmente, tentou-se obter informações sobre os pacientes que não tinham condições de colóquio através de um familiar ou acompanhante, porém esta estratégia não foi possível. As razões que levaram a perdas foram, principalmente, decorrente das dificuldades de coletar dados nos momentos em que ocorria uma maior demanda na emergência.

Foram analisados, e posteriormente comparados, os boletins de atendimento de todos os pacientes incluídos na amostra - respondentes e não-

respondentes (excluídos e perdas). Evidenciou-se que o grupo de não-respondentes internou 1,88 vezes mais (IC95%=1,08-3,29) do que os que responderam. As consultas foram consideradas como emergência ou urgência, conforme definição que será apresentada na seção 5.6.6, pelo médico em 69% no grupo dos não-respondentes e em 61,3% no grupo dos respondentes; no entanto, não houve diferença estatística ($p=0,09$). As mulheres representaram 63,5% dos respondentes e 47,3% dos não respondentes ($p < 0,05$).

As outras variáveis estudadas - cidade de procedência, bairro mais freqüente, consultas realizadas durante a semana ou no final de semana - não mostraram diferenças significativas na comparação entre os dois grupos.

Tabela 2 - Descrição da coleta de dados

Data	Total de Atendimento nas 12h da pesquisa	Pulo	Total elegíveis	Excluídos	Perdas	Completos	% Completos
06/01/96	375	5	75	5	10	60	88
07/01/96	180	5	36	10	0	20	77
08/01/96	465	15	31	1	0	30	100
09/01/96	360	15	24	5	2	17	89
23/03/96	230	10	23	2	1	20	95
24/03/96	440	10	44	8	4	32	89
25/03/96	500	10	50	2	4	44	92
26/03/96	310	10	31	4	3	24	89
18/05/96	305	5	61	2	7	52	88

6							
19/05/9	225	5	45	12	5	28	85
6							
20/05/9	310	10	31	2	2	27	93
6							
21/05/9	300	10	30	9	3	18	86
6							
01/06/9	273	7	39	4	3	32	91
6							
02/06/9	189	7	27	10	1	16	94
6							
03/06/9	392	7	56	7	10	39	79.5
6							
04/06/9	266	7	38	11	5	22	81
6							
22/06/9	300	15	20	1	0	19	100
6							
23/06/9	105	15	7	2	1	4	80
6							
24/06/9	410	10	41	6	2	33	94
6							
25/06/9	270	10	27	8	3	16	84
6							
TOTAL	6205	8	736	111	72	553	88

5.4 - Tamanho da amostra

O tamanho da amostra estimado para esta pesquisa foi de 438 indivíduos, considerando que os pacientes com médico definido têm duas vezes mais chances (razão de chances) de realizarem uma consulta considerada como de emergência ou urgência, em comparação com aqueles pacientes que não têm, para um intervalo de confiança de 95% e um poder estatístico de 80%. A estimativa de prevalência de médico definido (exposição) foi de 30% e a prevalência estimada de emergência/urgência (desfecho) foi em torno de 55%. O

tamanho da amostra foi aumentada em 20% para possíveis recusas, exclusões e perdas (89).

5.5 - Questionário

O questionário consistiu de duas partes: uma que era realizada antes da consulta no setor da emergência e outra parte que se aplicava após esta consulta. O tempo médio de aplicação de todo questionário foi de 25 minutos. O questionário (Anexo A), que incluiu 98 questões realizadas antes do atendimento e 58 questões aplicadas após o atendimento na emergência, apresenta as seguintes seções:

- I - Descrição do atendimento de emergência
- II - Dor no peito (escala de Rose)
- III - Fatores de risco de doença isquêmica
- IV - Hipertensão
- V- Atividades de exercício
- VI - Última internação no hospital
- VII – Local onde procura habitualmente assistência médica
- VIII- Local e características do último atendimento
- IX - Costume de consultar com o mesmo médico
- X - Aspectos referentes à última consulta médica
- XI - Identificação do paciente

XII - Descrição do atendimento do serviço de emergência

XIII - Uso de álcool

XIV - Saúde mental

XV - Atitudes do médico da emergência

XVI - Satisfação com o serviço de emergência

XVII - Revisão do boletim de atendimento

5.6 - Instrumentos utilizados

5.6.1 - Alcoolismo

Em relação ao consumo de álcool, foram coletadas informações referentes à quantidade de consumo de álcool e dados referentes a critério diagnóstico (90,91,92,93). No Anexo B, encontram-se as fotografias dos vasilhames que foram mostradas aos entrevistados para informar a quantidade de álcool ingerido.

O teor alcoólico para quantidade de álcool ingerido que foi utilizado na pesquisa foi adaptado do Serviço de Atenção ao Alcoolismo e Drogadição do Ministério da Saúde, que é descrito abaixo:

100 ml de cerveja - 4 g

100 ml de vinho – 11g

100 ml de cachaça ou whisky – 45g

O CAGE foi o instrumento utilizado para diagnosticar alcoolismo. É uma sigla formada pelas iniciais, em inglês, das palavras-chave de cada uma das quatro perguntas que o compõem (Quadro 2). Utilizando como ponto de corte duas respostas afirmativas, apresentou sensibilidade de 88% e especificidade de 83% para o diagnóstico de síndrome de dependência em hospital psiquiátrico (90,91,92,93).

Quadro 2 - Teste de CAGE

C - Alguma vez o Sr. sentiu que deveria diminuir (*cut down*) a quantidade de bebida ou parar de beber?

A - As pessoas o aborrecem (*annoyed*) porque criticam o seu modo de beber?

G - O Sr. sente-se culpado (*guilty*), chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

E - O Sr. costuma beber pela manhã (*eye-opener*) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

5.6.2 - Doença cardiovascular

Foi aplicado o Protocolo Rose, que se encontra no questionário (H1 até H12), para avaliar a natureza cardíaca da dor no peito (93,94). Este questionário caracteriza-se como um rastreador para investigar a prevalência de eventos de cardiopatia isquêmica na população que apresenta dor no peito. A medida de pressão arterial utilizada foi a registrada pela enfermagem no boletim de atendimento, porém esta informação não foi validada. A hipertensão foi definida como um valor maior ou igual a 160/95 mmHg ou pelo relato de uso atual de

medicação anti-hipertensiva. O peso foi medido juntamente com a altura através de protocolo padronizado. Para estas medidas, foram utilizadas balanças de banheiro e adaptação de uma fita métrica ajustada a um esquadro. A altura foi determinada estando o entrevistado descalço, e o peso, estando com roupas leves. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo-se o peso pelo quadrado da altura. O ponto de corte utilizado para o IMC foi acima de 25, que caracteriza sobrepeso (93).

5.6.3 - Saúde Mental

O Questionário para Auto-Relatório (“Self-Report Questionnaire” - SRQ) foi incluído no questionário para rastrear indivíduos que apresentassem problemas de saúde mental. Este questionário já foi amplamente utilizado no nosso meio e sua validação e confiabilidade foram demonstradas como consistentes (95,96). O questionário avalia transtorno psiquiátrico menor recomendado pela Organização Mundial de Saúde para estudos sobre saúde mental na comunidade. O ponto de corte utilizado neste estudo foi 7 para ambos os sexos (97).

5.6.4 - Satisfação do Usuário

Foi utilizado o “Client Satisfaction Questionnaire” (CSQ) - Questionário de Satisfação do Cliente - elaborado por Attkisson e colegas. O CSQ foi desenvolvido como uma medida de satisfação geral em serviço de saúde. O CSQ consiste de 8

a 31 questões diretas (neste trabalho foram utilizadas 12 questões). As respostas são classificadas numa escala de quatro pontos do tipo Lykert.

A ordem das categorias das respostas é variada, para evitar o perigo dos respondentes apontarem a mesma categoria para a sua resposta, e não apresenta uma categoria neutra. Os escores totais são calculados pela soma dos escores em cada item. Nenhum peso é aplicado, assim o escore total para os 12 itens varia entre 12 e 48, e os escores mais elevados indicam uma maior satisfação. Foram realizados extensos testes de confiabilidade e validade, que mostraram uma alta consistência interna nas respostas. No entanto, a falta de uma definição clara de satisfação torna difícil a consistência da avaliação. O autor do presente trabalho traduziu as questões do inglês para o português e foi realizada uma “back-translation” (tradução do português para o inglês) por uma tradutora juramentada, com o intuito de validar a tradução (98,99).

5.6.5 - Cartazes de Função Dartmouth Coop

Os cartazes de função Dartmouth Coop foram desenvolvidos para utilização em prática clínica. Eles foram criados para proporcionar aos clínicos de atenção primária um sistema eficiente para rastreamento, avaliação e monitoramento das funções dos pacientes. Estes gráficos possibilitam uma avaliação integral do paciente, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais. No Anexo C, apresentam-se os cartazes mostrados para os pacientes durante as entrevistas:

eles incluem medidas sobre avaliação de saúde geral, qualidade de vida sem referência a uma doença específica.

Cada gráfico mede um item em específico de uma dimensão particular do nível de saúde. Os entrevistados foram solicitados a definir como se sentiram nas últimas 4 semanas. Cada item é colocado num escore de 1 a 5 numa escala ordinal. É possível produzir escores médios em cada item para diferentes grupos de pacientes. O autor das escalas sugere que os gráficos sejam utilizados para rastreamento em conjunto com instrumentos mais sofisticados, que permitiriam medidas mais precisas da função. A aplicação deste instrumento consistiu em mostrar os desenhos aos pacientes, que identificavam o quadro que caracterizava melhor sua característica. O tempo médio da aplicação destes gráficos foi de 3 a 5 minutos. A confiabilidade foi medida com dados coletados a partir de 3000 pacientes e demonstrou uma boa taxa de precisão para períodos no intervalo de até 1 hora, assim como após 2 semanas. Para a validação, foi utilizado o “Rand Health Status Scales” como padrão ouro, e os gráficos mostraram uma alta correlação e sensibilidade ao impacto da doença nas funções estudadas (100,101).

5.6.6 - Critério de classificação da consulta

As consultas foram classificadas pelos pacientes e médicos. Ao paciente, foi perguntado se ele (ela) considerava a consulta como um “caso de emergência”. Quando a resposta era “não”, foi questionado sobre a razão de ter procurado o serviço da emergência. Um médico emergencista revisou todos os boletins de

atendimento incluídos na pesquisa e categorizou cada consulta como de emergência e/ou urgência, de acordo com os critérios descritos na resolução 1451 (Anexo D), ou programável, de acordo com a definição do dicionário (27,102,103).

Nesta pesquisa, foram utilizadas as seguintes definições:

CONSULTA DE EMERGÊNCIA - Condição de agravo à saúde com risco de vida ou sofrimento intenso que necessita assistência médica imediata. Por exemplo, insuficiência cardíaca descompensada, crise de asma grave e condições que necessitaram internação por instabilidade clínica.

CONSULTA DE URGÊNCIA - Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida, que necessita assistência imediata em até 24 horas. Por exemplo, infecção urinária, bronquite crônica infectada, sinusite aguda, etc.

CONSULTA PROGRAMÁVEL – Consulta que tem uma conotação eletiva. Por exemplo, revisão clínica, pedido de informações, solicitação de teste de gravidez, constipação, infecção de vias aéreas respiratórias, etc.

Para realizar a validação dos dados codificados pelo médico emergencista, foi realizada uma nova análise de 50 casos, escolhidos a partir de uma tabela de números randômicos, por um outro médico emergencista, e o índice de kappa entre as duas codificações foi 0,8 (86). Os dados foram incluídos em duas categorias: consultas classificadas como de emergência/urgência ou programada.

Como os pacientes que apresentaram um caso considerado como urgência pelo médico emergencista necessariamente precisariam consultar, eles foram agrupados com os casos de emergência. Esta condição de gravidade é melhor operacionalizada quando há necessidade de uma intervenção imediata.

5.6.7- Definição da variável “costuma consultar com o mesmo médico”

Utilizou-se a pergunta 57 (da primeira parte) - “O Sr(a). costuma consultar com o mesmo médico?” para avaliar este aspecto. O paciente, ao referir o nome do médico, auxiliou para a confirmação de que tinha algum vínculo com o mesmo. Não há consenso universal sobre a definição de continuidade de atendimento, mas habitualmente ela é definida como “a responsabilidade sem interrupção de um médico para o atendimento do paciente”, definição que tem sido utilizada internacionalmente para avaliar os benefícios da continuidade do atendimento (1). Os pacientes que não lembravam o nome do médico foram considerados como não tendo um médico definido.

5.6.8 - Código para motivo de consulta, diagnóstico, medicamento e exames complementares

Foi utilizado o CMC (Código para Motivo de Consulta) da OMS para classificar motivos de consulta, e o “International Classification of Health Problems in Primary Care” – Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários - para classificar os diagnósticos realizados pelos médicos

(104,105). Foram criados códigos para os medicamentos e para os exames complementares.

5.6.9 - Definição de triagem médica

No período da manhã e da tarde durante a semana era realizada uma avaliação rápida de rastreamento pelo médico para identificar casos que deveriam ser atendidos no serviço de emergência ou se dirigir à recepcionista de outro setor para marcação de consulta. Definiu-se este procedimento como triagem médica.

5.6.10 – Lista livre

A lista livre é uma técnica simples, porém muito poderosa. É geralmente utilizada para estudar um domínio cultural. Ela pode ser utilizada para identificar onde concentrar esforços em pesquisa aplicada; portanto, é parte de uma avaliação inicial. A lista livre foi uma estratégia de coleta de dados utilizada para identificar termos, frases ou outros itens que pertencem a um domínio cultural. Seu principal objetivo foi contar o número de vezes que cada item foi mencionado pelos respondentes e criar uma matriz com estes itens e estabelecer a ordem em que foram citados. Após a coleta, os dados da lista livre foram incluídos no programa AnthroPack, que conta o número de vezes que cada item ocorre e fornece o “ranking” de cada um e seu índice de saliência, que é uma medida de o quanto importante é aquele item como domínio cultural para o grupo que está sendo investigado. O índice de saliência de um determinado item varia de acordo com a

freqüência e o ranking. O valor máximo do índice de saliência é 1 e o mínimo é 0 (106,107,108).

As perguntas abertas que foram realizadas e que possibilitaram o estudo através de lista livre foram as seguintes: razões para escolher o serviço de emergência do HNSC, reclamações quanto ao atendimento de serviços de saúde, razões para consultar na emergência e não no posto de saúde e razões para não ter médico definido.

5.6.11 – Avaliação dos boletins de atendimento

Nas cópias dos boletins de atendimento, foram revisados e identificados os seguintes itens: sinais vitais (pressão arterial, freqüência cardíaca, freqüência respiratória e temperatura corporal), queixa principal, exame físico, impressão diagnóstica, conduta e identificação do médico.

5.6.12 – Local habitual de assistência médica

Este assunto foi coletado através da pergunta 49 da parte I do questionário – “Quando tem algum problema de saúde, onde procura habitualmente assistência médica?”

5.7 - Entrevistadores

Os entrevistadores foram 14 estudantes de medicina e 2 residentes de medicina geral comunitária. Todos os estudantes eram da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e muitos deles participaram da revisão dos instrumentos utilizados nesta pesquisa. Os entrevistadores foram “cegados” quanto à hipótese em estudo. Vários deles estavam trabalhando com o autor numa pesquisa sobre o diagnóstico de comunidade da Vila São Pedro, onde há um posto de saúde coordenado pela Diretoria de Relações Públicas da AMRIGS, o que possibilitou um período maior de treinamento dos entrevistadores. No Anexo E, estão listados os entrevistadores que realizaram as entrevistas.

5.8 - Treinamento dos entrevistadores e manual de instruções

Foram realizadas inúmeras reuniões de treinamento para todos os entrevistadores. Cada um deles participou de, pelo menos, 4 horas de discussão sobre a maneira de realizar as perguntas e teve 4 horas de participação em piloto. Houve três estudos pilotos, em momentos diferentes, com o intuito de melhorar a qualidade do questionário. As inúmeras mudanças implementadas possibilitaram um melhor entendimento das questões por parte dos entrevistados.

Um manual de instruções foi delineado para padronizar a coleta de dados, orientar os entrevistadores em como realizar as perguntas e solucionar dúvidas com as questões (Anexo F).

5.9 – Logística

Para cada um dos cinco períodos de 48 horas de pesquisa, foi realizado um encontro prévio com todos os entrevistadores com o intuito de organizar o grupo para assumir os horários de “plantão” de coleta de dados. Um maior número de entrevistadores foram alocados nos horários com previsão de maior demanda. Assim, no início da tarde de segunda-feira, havia 5 entrevistadores; durante a madrugada, apenas um. A coleta foi realizada durante 20 dias, num período de 6 meses. Foram, no total, 240 horas de entrevistas.

5.10 - Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados e analisados no programa Epi-Info, versão 6.0 (109). Os pacotes estatísticos EGRET (110) e SPSS (111) foram utilizados para análise estatística. Foi realizada a codificação das variáveis, a limpeza de dados e

o controle de qualidade. Para validar a primeira digitação, foi realizada uma segunda entrada de dados por um outro digitador. Constatou-se uma consistência elevada, e os erros de digitação foram irrelevantes. Foi feita uma comparação entre os pacientes respondentes e os não-respondentes, utilizando as variáveis coletadas através dos boletins de atendimento, disponível para todos os pacientes incluídos na amostra. Os testes estatísticos utilizados foram qui-quadrado para comparação entre proporções, teste t para comparação entre médias nos casos de distribuição normal, e testes não-paramétricos (Mann-Whitney) naqueles casos em que a distribuição dos dados foi não-normal (86,87,88,112).

5.10.1 - Análise bivariada

A amostra foi descrita em termos demográficos, sócio-econômicos, escore no “Self Report Questionnaire”, morbidade por dor no peito, alcoolismo, satisfação com o atendimento, características da assistência médica e outras variáveis independentes e, em termos de utilização de médico definido, desfecho da consulta e característica da consulta (emergência, urgência e programável) como variáveis dependentes. Foi realizado o cruzamento das variáveis dependentes e independentes através de tabelas de contingência.

As análises incluíram tabulações simples para determinação de prevalência das condições investigadas e dos fatores de risco de doença cardiovascular. O teste de qui-quadrado foi usado para avaliar a significância estatística das associações no caso de comparações de proporções, e Anova ou testes não-

paramétricos nos casos de comparações de média. A magnitude da associação foi avaliada através do cálculo de razão de produto cruzado (odds ratio) e de seus intervalos de confiança. Os intervalos de confiança calculados foram de 95%. O programa Epi-Info foi utilizado para estes cálculos.

5.10.2 - Modelo para análise multivariável

Foi investigado o efeito conjunto das variáveis independentes sobre cada uma das variáveis dependentes através de regressão logística (112).

A identificação de possíveis variáveis de confusão foi feita através da elaboração de uma matriz para verificação da associação entre os fatores em estudo e os desfechos (médico definido, categoria da consulta e desfecho do atendimento). Foram consideradas possíveis fatores de confusão as variáveis que estivessem associadas com o desfecho e com a variável em estudo e que, na análise bivariada, se mostraram estatisticamente significativas, ou que estavam incluídas no modelo teórico apresentado nas Figuras 3 e 4. Cada um dos fatores foi colocado no modelo separadamente, e os valores da razão de chance ajustados eram obtidos imediatamente e comparados com o valor bruto anterior à estratificação. As variáveis contínuas foram transformadas em variáveis categóricas. Nestas análises, foi utilizado o programa EGRET, confirmado através do programa SPSS.

Um dos objetivos deste estudo foi analisar um modelo abrangente para a probabilidade de ter uma visita não urgente à emergência. A variável dependente foi definida como o paciente apresentando uma condição de emergência ou urgência e programável; a variável independente identificava o paciente que tinha atendimento médico continuado ou não em conjunto com as outras covariáveis descritas na Figura 4.

A análise multivariável foi utilizada para a avaliação de possíveis variáveis de confusão que pudessem explicar o efeito detectado. A regressão logística múltipla foi o método de modelagem utilizado. O modelo empregado levou em conta os pressupostos teóricos para evidências de causalidade, o que permitiu identificar as variáveis associadas com o costume de consultar com o mesmo médico, avaliar a probabilidade da consulta ser considerada de emergência/urgência de acordo com a avaliação do emergencista e a probabilidade de internar ou ficar na sala de observação. Para a análise das variáveis no modelo de regressão logística, foi estimada a razão de produtos cruzados (odds ratio), seu intervalo de confiança e um teste de significância para a associação. Os valores de p menor que 0,05 foram considerados como estatisticamente significativos.

5.11 - Aspectos éticos

O presente estudo foi observacional, e um consentimento informado esclarecendo a realização da pesquisa foi entregue aos pacientes que foram atendidos na Emergência do HNSC durante o período da coleta de dados. O panfleto (Anexo G) foi assinado pelo coordenador da pesquisa e pelo chefe da emergência. Os entrevistadores foram orientados a explicar aos pacientes o propósito da pesquisa e solicitar consentimento para aplicar o questionário. A comissão de ética do HNSC aprovou o projeto de pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 - Descrição do perfil dos pacientes que utilizam o serviço de emergência do HNSC

Os pacientes que consultaram na emergência são, na sua maioria, do sexo feminino (64%) e adultos jovens: 72% tinham menos que 49 anos, com uma média de idade de 40 anos e a mediana de 37 anos (Figura 5). Na casa do paciente moravam, em média, 4 pessoas; apenas 5% dos entrevistados disseram morar sozinhos. A mediana da renda familiar foi de 4 salários mínimos (a moda da renda foi 2 salários mínimos, representando 19% das famílias).

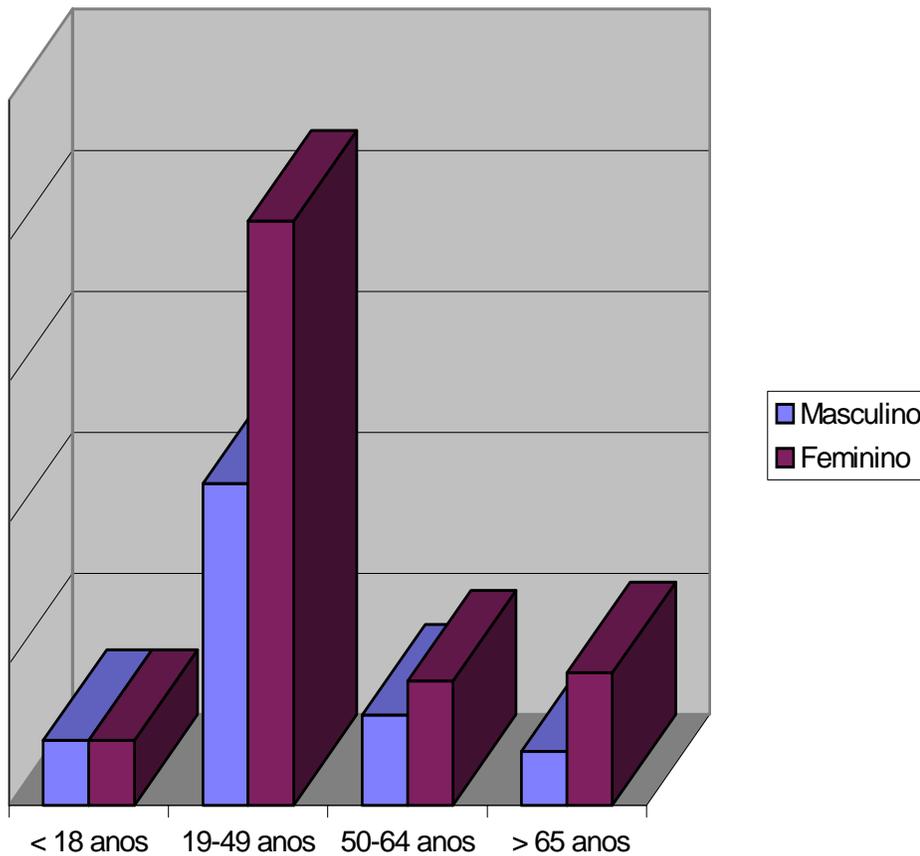


Figura 5 – Distribuição dos pacientes atendidos na emergência do HNSC, por idade e sexo

Dos pacientes que consultaram na emergência, 46% afirmaram estar trabalhando. O problema de saúde que os levou a consultar na emergência afastou os pacientes dos afazeres habituais em 56% dos casos, e o tempo médio de afastamento entre os pacientes que referiram que trabalham foi de 6 dias, com uma mediana e moda de apenas 1 dia. Os que referiram que não estavam trabalhando no momento da consulta podem ser classificados nas seguintes categorias: desempregados (39%), aposentados ou pensionistas (27%), do lar

(24%), encostados (5%) e estudantes (7%). A mediana de escolaridade foi de 5 anos (desvio padrão – DP=3,5 anos), 8% não tiveram nenhum ano de estudo e 13% da amostra referiu que não sabe ler e escrever. Na estratificação por faixa etária, identificou-se que os pacientes com 50 anos ou menos em média, referiram 6 anos de escolaridade; já os pacientes com mais de 51 anos referiram 4 anos (diferença estatística: $p < 0,001$). Da mesma maneira, 8% dos mais jovens (50 anos ou menos) e 27% dos pacientes com mais idade (51 anos ou mais) referiram não saber ler e escrever (diferença estatística: $p < 0,001$).

Na amostra estudada, 56% dos pacientes disseram que moram em Porto Alegre, 36%, na Grande Porto Alegre, dos quais 17% moram em Alvorada, e 8% em outras cidades do interior do Estado. Os pacientes que consultaram na emergência do HNSC e moram em Porto Alegre vieram de 60 bairros diferentes, e os mais freqüentes foram: Sarandi (19%), Rubem Berta (7%), Jardim Leopoldina (5,5%), Vila Jardim (5,5%) e Passo das Pedras (5,5%).

O meio de transporte mais freqüentemente utilizado no deslocamento até a emergência do HNSC foi o ônibus, que representou 48%; o carro ou táxi foram utilizados por 43% dos pacientes. O tempo de deslocamento do domicílio até o HNSC foi, em média, de 34 minutos (DP=35minutos), a moda foi de 30 minutos e a mediana, de 25 minutos. Os pacientes que utilizaram o carro como meio de transporte levaram, em média, 24 minutos (DP=22), enquanto que os que se deslocaram de ônibus levaram, em média, 43 minutos (DP=39), com diferença estatística ($p < 0,001$).

O deslocamento até o HNSC através de ambulância ocorreu em 17 casos (3%), e a média foi de 44 minutos (DP=54). Apenas 29% dos pacientes que chegaram de ambulância foram considerados como caso de emergência de acordo com a avaliação do médico.

Dentre os pacientes que moram em Porto Alegre, 48% disseram ter ido de ônibus até a emergência, enquanto que 60% dos que provinham da Grande Porto Alegre utilizaram este meio de transporte ($p=0,01$). A renda média mensal dos porto-alegrenses foi de 6 salários mínimos (DP=6,2); a dos pacientes que provêm da Grande Porto Alegre foi de 5 salários mínimos (DP=4,7); e a dos pacientes que se deslocaram de outras cidades do interior do Estado, 3 salários mínimos (DP=2,0). A comparação das rendas entre os moradores das três regiões evidenciou uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,0001$). O tempo médio de deslocamento dos pacientes que moram em Porto Alegre foi de 22 minutos (DP= 16,7), o dos da Grande Porto Alegre foi de 40 minutos (DP=24,1); os moradores de outras cidades do interior levaram, em média, 98 minutos (DP=86,4) ($p< 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação entre moradores de Porto Alegre e da Grande Porto Alegre

	Porto Alegre		Grande Porto Alegre		p
	Média	DP	Média	DP	
Idade	40,0	18,5	38,0	16,5	0,23
Tempo com sintomas (dias)	6,8	11,6	12,5	20,6	0,0005
Última consulta (meses)	6,3	12,0	5,1	6,6	0,97
Tempo de deslocamento até local habitual de consultas (min.)	22,4	19,5	36,6	25,1	0,00001
Número de consultas em 6 meses	3,4	3,6	3,4	4,8	0,75
Anos de escolaridade	6,1	3,4	5,7	,3,3	0,3
Renda familiar mensal *	6,0	6,2	5,0	4,7	0,09
Tempo de deslocamento até HNSC (min.)	22,0	16,7	40,0	24,0	<0,001

* salários mínimos

Os pacientes, na maioria das vezes, decidem consultar no HNSC por conta própria ou por indicação de um familiar (81%); apenas 19% deles foram encaminhados por um serviço de saúde ou pelo médico. O tempo de deslocamento dos pacientes encaminhados pelos familiares foi, em média, de 30 minutos, e os encaminhados pelos médicos foi, na média, de 52 minutos, havendo uma diferença significativa ($p < 0,001$). O médico encaminha 12% dos moradores de Porto Alegre, mas 23% dos casos de moradores da Grande Porto Alegre, havendo uma diferença estatística ($p < 0,001$). Os pacientes encaminhados pelos

familiares ou que foram por conta própria apresentaram sintomas, em média, há 11 dias; os encaminhados pelos médicos referiram apresentar os sintomas há 19 dias ($p < 0,01$). Entre os pacientes encaminhados por um médico, foi identificada uma consulta de emergência ou urgência em 59% dos casos; já entre os encaminhados por um familiar ou por conta própria, 56% das vezes a consulta foi considerada de emergência ou urgência e não houve diferença significativa ($p=0,74$).

Dos pacientes que consultaram na Emergência do HNSC, 71% referiram ter vindo acompanhados: 53% dos acompanhantes eram membros da família nuclear (esposo e/ou filho) e 89% eram considerados muito próximos ou próximos.

A média de tempo que os pacientes afirmaram apresentar os sintomas até consultar na emergência foi de 10 dias ($DP=17,3$), enquanto que a moda foi de apenas 1 dia em 21% da amostra, e a mediana foi de 3 dias. Apenas 7% dos pacientes que consultam na emergência do HNSC disseram que começaram a apresentar os sintomas no dia da consulta.

Os pacientes que foram classificados como casos de emergência ou urgência pelos médicos emergencistas referiram que apresentavam sintomas há 7 dias, em média, ($DP=13$); os pacientes que foram categorizados como casos programáveis apresentavam sintomas há 12 dias ($DP=20$), havendo uma diferença estatística ($p=0,002$).

As razões apresentadas para escolha do Serviço de Emergência do HNSC encontram-se na Figura 6: os pacientes escolhem este serviço, principalmente, porque ele é bom (41%), fica perto (23%), é de frequência habitual (6%) e por serem encaminhados pelo médico (5%). O índice de saliência para o item “é bom” foi de 0,403.

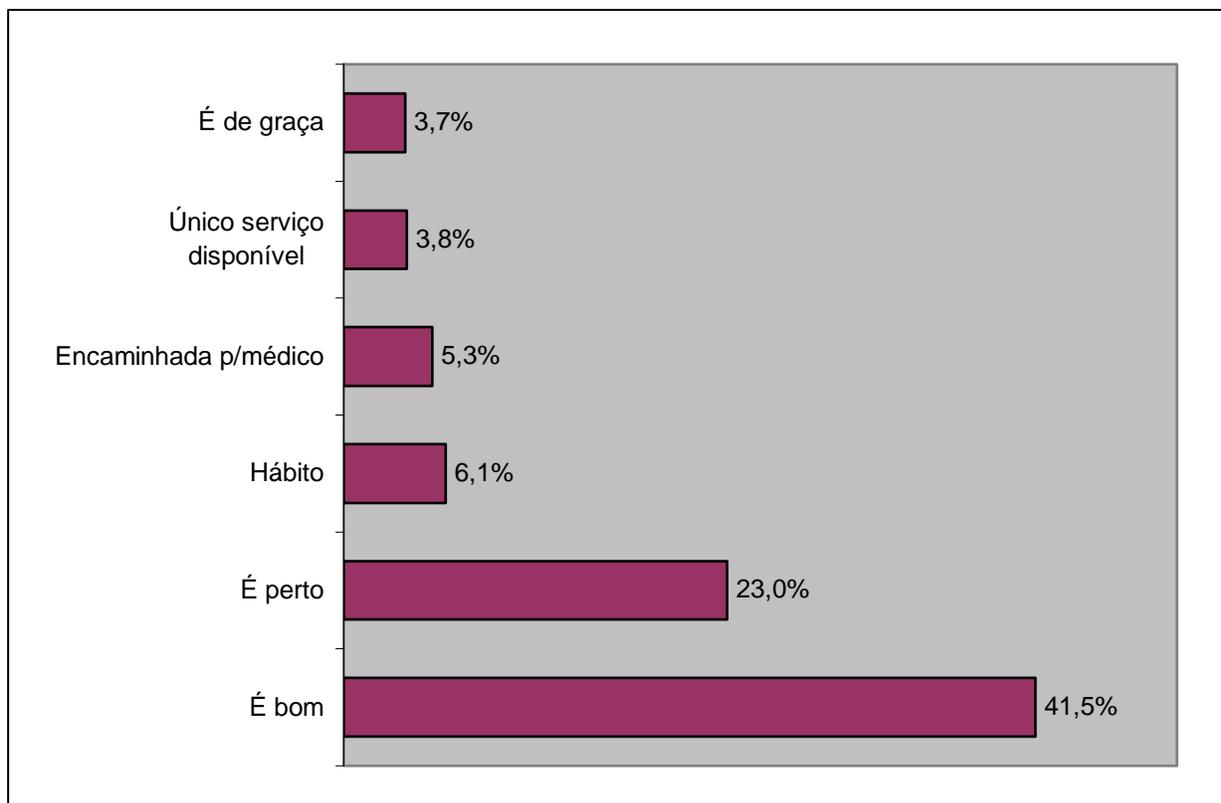


Figura 6 – Razões para escolha do Serviço de Emergência do HNSC

Dentre todos os pacientes atendidos na Emergência do HNSC, apenas 15% foram considerados caso de emergência, 46% como caso de urgência e 39% como problema programável, de acordo com a opinião do médico emergencista. Por outro lado, quando perguntado aos pacientes se consideravam o seu caso como sendo uma consulta de emergência, a grande maioria dos pacientes

referiram que sim (96%). Aqueles que referiram que o caso não era emergência consultaram na emergência do HNSC pelas seguintes razões:

- para prevenir o pior;
- porque outros serviços não atendem à noite ou fim de semana;
- porque um familiar os encaminhou;
- porque o serviço é bom;
- porque a emergência é mais próxima;
- porque foi encaminhado pelo médico;
- para conseguir fazer o exame;
- porque a consulta que tem marcada é para o mês que vem;
- porque trabalha e não tem tempo de marcar consulta.

Dos pacientes que foram classificados pelo médico emergencista como apresentando emergência ou urgência, 42% tiveram como desfecho da consulta internação ou permanência na sala de observação; dentre os classificados como tendo necessidade para uma consulta programável, apenas 12% tiveram tal desfecho (diferença significativa: $p < 0,001$).

Os primeiros horários da tarde são os que mais concentram o atendimento, tanto no final de semana quanto durante a semana. O horário mais freqüente que o boletim de atendimento registrou foi entre 16 e 17 horas, quando, em média, 39 pacientes procuravam o hospital. O tempo médio de espera dos pacientes que chegaram neste período foi de 56 minutos, enquanto que o dos pacientes que

compareceram em outros horários foi de 42 minutos: diferença significativa ($p=0,01$).

Na Figura 7, mostram-se os principais motivos de consulta na emergência do HNSC, onde dor abdominal, sintomas respiratórios, dor de cabeça, dor nas costas e febre são os mais freqüentes. Os dez primeiros motivos de consulta representam 50% da carga de trabalho do médico da emergência. Os diagnósticos realizados pelos médicos mais freqüentemente foram dor abdominal, amigdalite aguda, cefaléia, revisão de saúde, furunculose / celulite, dor lombar, asma, dor no peito, hipertensão e gastroenterite. Quando os motivos de consulta foram agrupados por sistemas, evidenciou-se que a demanda da emergência do HNSC está constituída, por ordem decrescente, em: problemas gerais (dores, febre, doenças infectocontagiosas), que representaram 26%; aparelho digestivo, 19,5%; aparelho respiratório, 15,0%; dermatologia, 7,5%; músculo-esquelético, 7,0%; aparelho genital feminino, 6,5%; aparelho cardiovascular, 5,0%; aparelho nefrológico, 3,3%; outros, 5,6%.

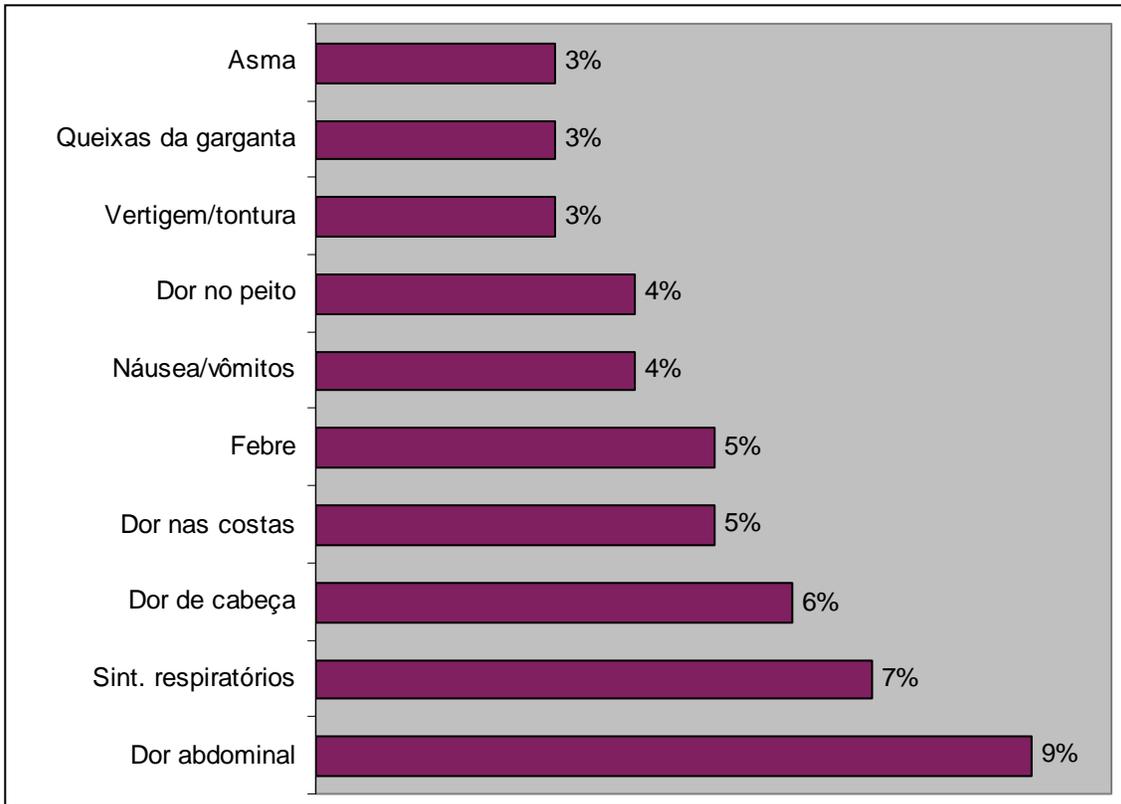


Figura 7 – Motivos das consultas no Serviço de Emergência do HNSC

Os vinte diagnósticos mais freqüentes representam 50% do trabalho dos médicos da emergência (Figura 8).

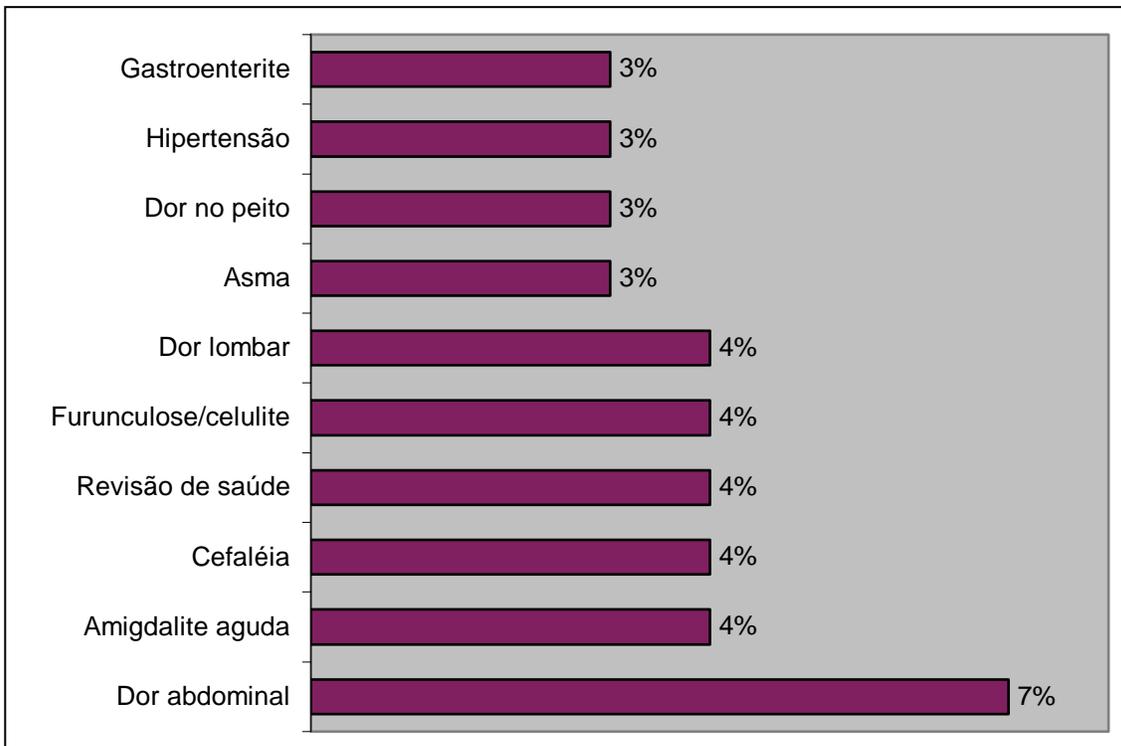


Figura 8 – Diagnósticos identificados pelos médicos emergencistas

Das 500 consultas de que se tem informação sobre uso de exame laboratorial, em 76% (380) não foi solicitado nenhum exame e, naquelas consultas em que foram solicitados exames, a média foi de 2 exames por paciente. Os exames mais frequentemente solicitados foram EQU, hemograma, Raio X de Tórax e ECG (Figura 9).

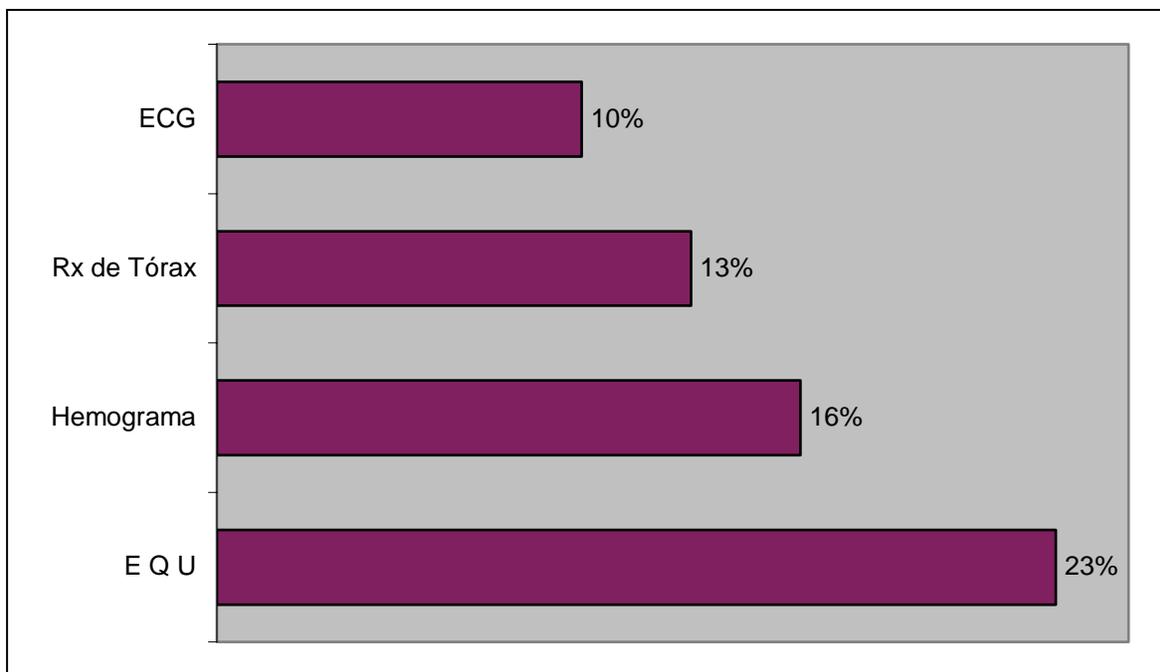


Figura 9 – Exames complementares mais solicitados no Serviço de Emergência do HNSC

Os medicamentos mais frequentemente prescritos na emergência do HNSC foram diclofenaco, hioscina, penicilina benzatina e metoclopramida (Figura 10).

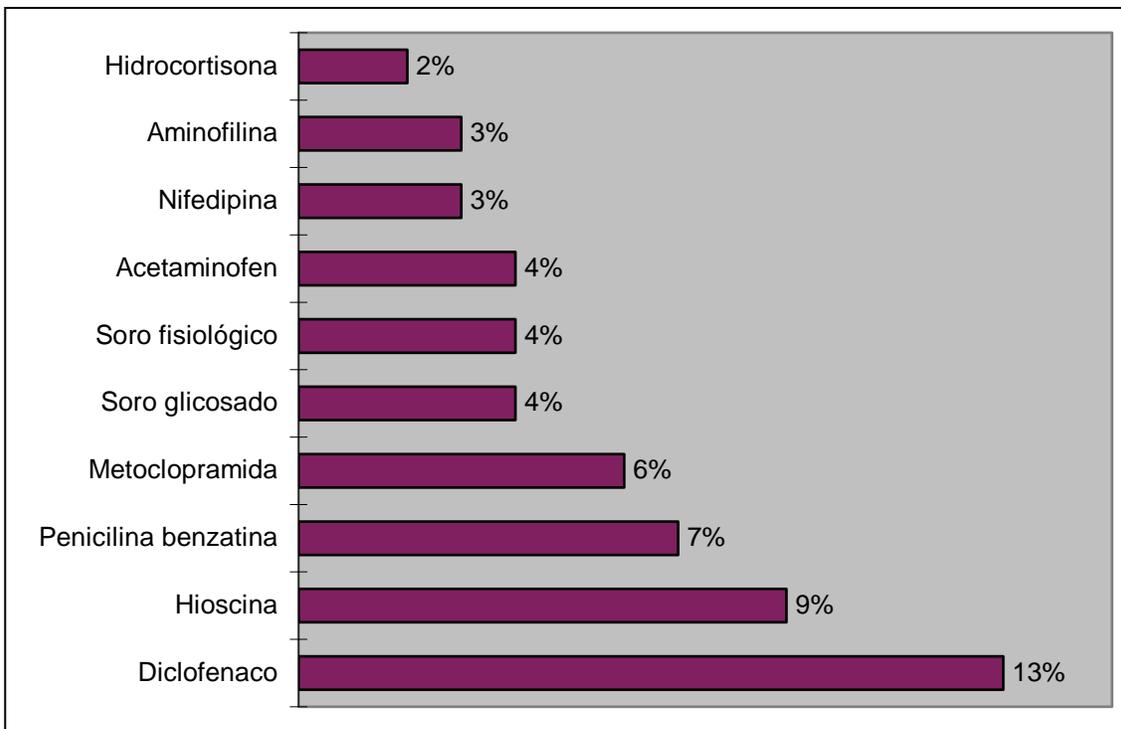


Figura 10 – Medicamentos mais prescritos no Serviço de Emergência do HNSC

Dentre os pacientes atendidos na Emergência do HNSC, 72% foram encaminhados para realizar uma consulta programada ou para o domicílio. A internação foi indicada em apenas 5% dos casos. (Figura 11)

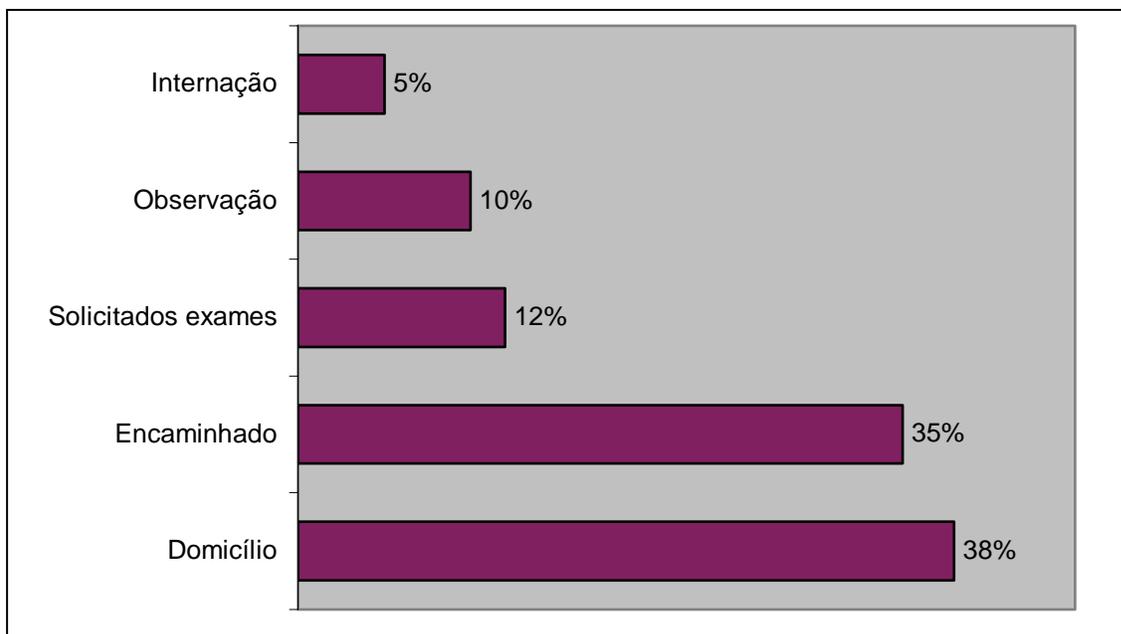


Figura 11 – Desfecho da consulta realizada no Serviço de Emergência do HNSC

Analisando as internações que ocorreram apenas nos períodos em que o estudo foi realizado, constatou-se que 66 pacientes foram internados, dos quais 62% eram do sexo masculino, com a média e mediana da idade de 49 anos (DP=20), 42% eram procedentes de Porto Alegre, e Alvorada contribuiu com 20% das internações. Apenas 48% dos internados foram incluídos na amostra dos respondentes, e 41 pacientes não tinham condições para responder o questionário e foram excluídos.

Durante o estudo, os diagnósticos mais frequentes que levaram a internação foram: AIDS (8%), insuficiência cardíaca (8%), laparotomia exploradora (6%), arritmias (4.5%), AVC agudo isquêmico (4.5%) e hemorragias digestivas (4.5%). O serviço que recebeu o maior número de internações no período do estudo foi o de medicina interna, que representou 27% da carga de trabalho.

6.2 - Recursos de saúde utilizados pelos pacientes que consultam na Emergência do HNSC

A carga de trabalho dos médicos da emergência foi distribuída da seguinte forma: atendimento clínico (47%), atendimento de triagem (34%), atendimento cirúrgico (11%) e atendimento ginecológico (7%). Deve-se levar em conta, no entanto, que a triagem ocorre apenas no período da manhã e da tarde durante a semana.

A reforma do serviço de emergência ocorreu no mês de abril de 1996. Constatou-se que 56% dos entrevistados após a reforma não referiram problemas específicos quanto ao serviço; já no período anterior, este índice foi de 42%, uma diferença estatística significativa ($p=0,002$). No entanto, outras variáveis não apresentaram diferença significativa entre os pacientes atendidos antes e após a reforma.

O recurso de saúde que os pacientes da amostra mais freqüentemente utilizam quando têm algum problema de saúde foi a própria emergência do HNSC (30%), seguida pelo ambulatório do HNSC (29%). Os pacientes costumam procurar com maior freqüência o ambulatório de hospital (71%) quando têm algum problema de saúde; o serviço de atenção primária é procurado por 29% dos pacientes. O SSC foi referido como o local de consulta habitual por apenas 3,0% dos pacientes atendidos na emergência do HNSC (Figura 12).

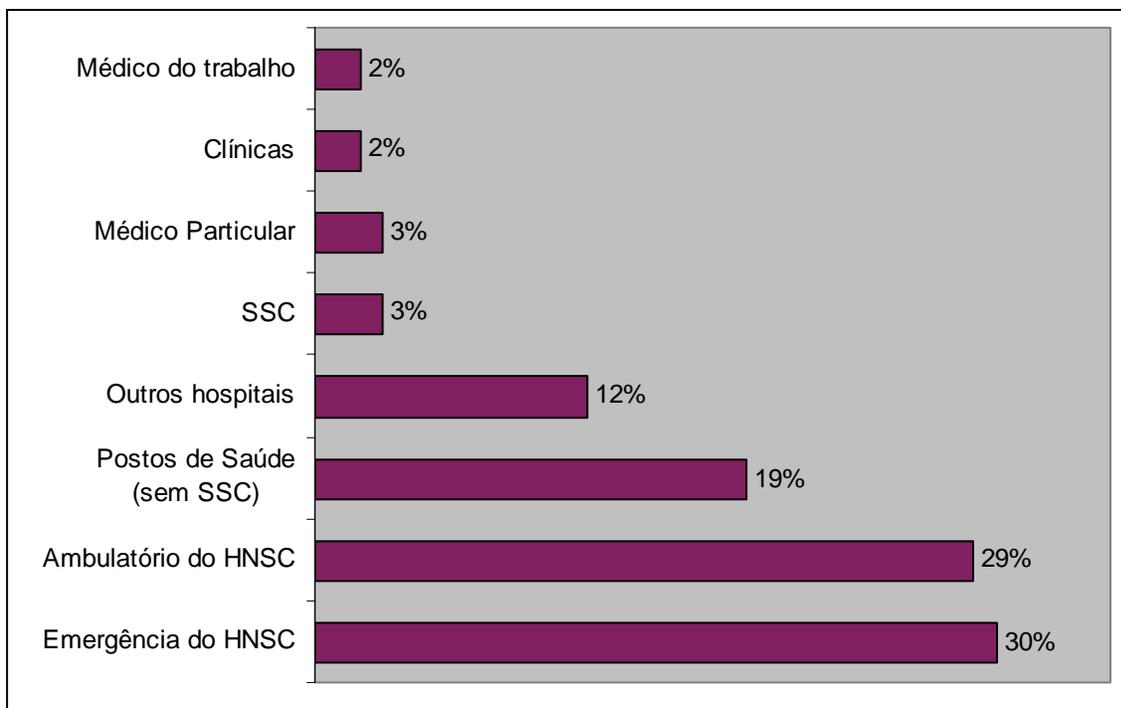


Figura 12 – Serviços de saúde mais frequentemente utilizados por pacientes atendidos na Emergência do HNSC quando têm um problema de saúde

O local que apresenta recurso de atendimento médico de 24 horas é o preferido para 63% dos pacientes que consultam quando têm algum problema de saúde. Chegar ao local referido pelos pacientes como de consulta habitual exige um tempo médio de 29 minutos de deslocamento (DP=26 minutos); os medicamentos são fornecidos gratuitamente para 49% dos pacientes, e os exames laboratoriais são considerados de fácil encaminhamento em 79% dos casos. O local de atendimento que habitualmente é procurado apresenta as seguintes características de atitude preventiva do médico: 51% aconselharam parar de fumar, 42% sugeriram realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino e 35% solicitaram a realização do auto-exame de mama.

Apenas 16% dos pacientes entrevistados referiram que consultam com um médico que não trabalha no SUS, e estes têm uma renda média de 7 salários mínimos, enquanto que quem só consulta médico do SUS tem uma renda média de 5 salários mínimos, uma diferença significativa de $p < 0,001$. Dentre os 85 pacientes que foram atendidos por médicos que não trabalham no SUS, 40% disseram que consultaram com médico particular, 15% consultaram com médico da UNIMED, outros 15% consultaram com médico de empresa, 9% com médico do IPE (Instituto de Previdência do Estado) e 21% com médico de outras seguradoras.

Nos últimos 6 meses, ocorreram 3 consultas, em média (DP=4), entre os pacientes que foram atendidos na emergência do HNSC. A moda nos últimos 6 meses foi de apenas uma consulta, representando 33% da amostra, e a mediana foi duas consultas.

Entre os pacientes atendidos na emergência, 53% consideram que o número de vezes que procuraram o médico foi suficiente para ter uma boa saúde. O número médio de consultas neste grupo foi de 3,5 (DP=3,6); para os que referiram que o número de consultas não foi o suficiente, foi de 3,2 (DP=4,2), não havendo diferença significativa ($p=0,16$).

Os números médios (desvio padrão) de consultas nos últimos 6 meses nos serviços de saúde, de acordo com as categorias definidas, foram os seguintes: clínicas 5,4 (6,7), serviço de saúde comunitário do GHC 4,8 (4,4), outros postos de

saúde 3,5 (2,9), ambulatório do HNSC 3,3 (3,5), emergência do HNSC 3,1 (3,4), atendimento particular 2,8 (2,3) e medicina do trabalho 2,2 (1,8). Não houve diferença estatística ($p=0,22$).

Dentre os pacientes que consultaram na Emergência do HNSC, 23% referiram que tiveram internação nos últimos 12 meses. Estes pacientes estiveram internados, em média, duas vezes ($DP=2,1$) nos últimos 12 meses, e a mediana foi de apenas uma internação durante o período. A duração de hospitalização variou entre 1 e 90 dias (12 dias internados em média, desvio padrão de 15,3, moda de 3 dias e mediana de 7). Os 124 pacientes que necessitaram internar disseram que a Santa Casa foi o local mais freqüente para internação, representando 33% dentre os locais onde ocorreu a última internação.

Em relação à última consulta na emergência, evidenciou-se que a mediana correspondeu a 60 dias. A última consulta médica realizada em qualquer serviço de saúde ocorreu, em média, há 6 meses ($DP=10,3$), e a mediana foi 2 meses. No entanto, 29% dos pacientes referiram que consultaram há menos de 1 mês. O tempo médio decorrido entre a última consulta e a atual foi de 6,4 meses para os pacientes que foram classificados pelo médico como atendimento de emergência, de 5,4 meses para os classificados como de urgência e de 5,6 meses para os classificados como programável: não houve diferença significativa ($p=0,69$). Na última consulta, os motivos mais freqüentes foram dor abdominal e pressão alta (6% para cada um deles). A última consulta realizada antes do atendimento na Emergência foi caracterizada como não satisfatória por 43% dos pacientes (Figura

13). O ambulatório do HNSC foi o local mais freqüente da última consulta (30%), seguido da emergência do mesmo hospital, que representa 17% da amostra.

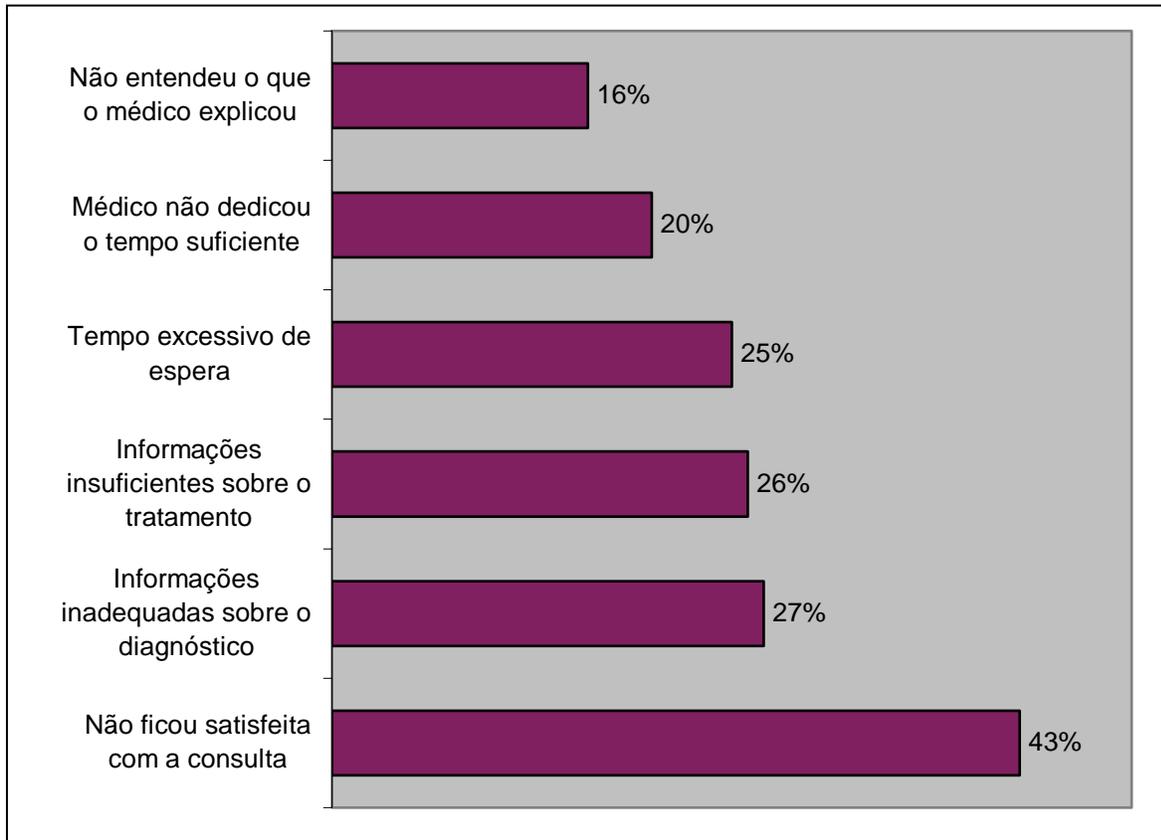


Figura 13 – Características da última consulta médica realizada antes de comparecer no Serviço da Emergência do HNSC

Apenas 30% dos pacientes entrevistados pensaram alguma vez em reclamar sobre o atendimento do serviço de saúde. As razões principais para reclamar foram: falta de consideração com o paciente, muita demora para conseguir o especialista e espera para o atendimento. A saliência do item “falta de consideração” foi de 0,237. (Figura 14)

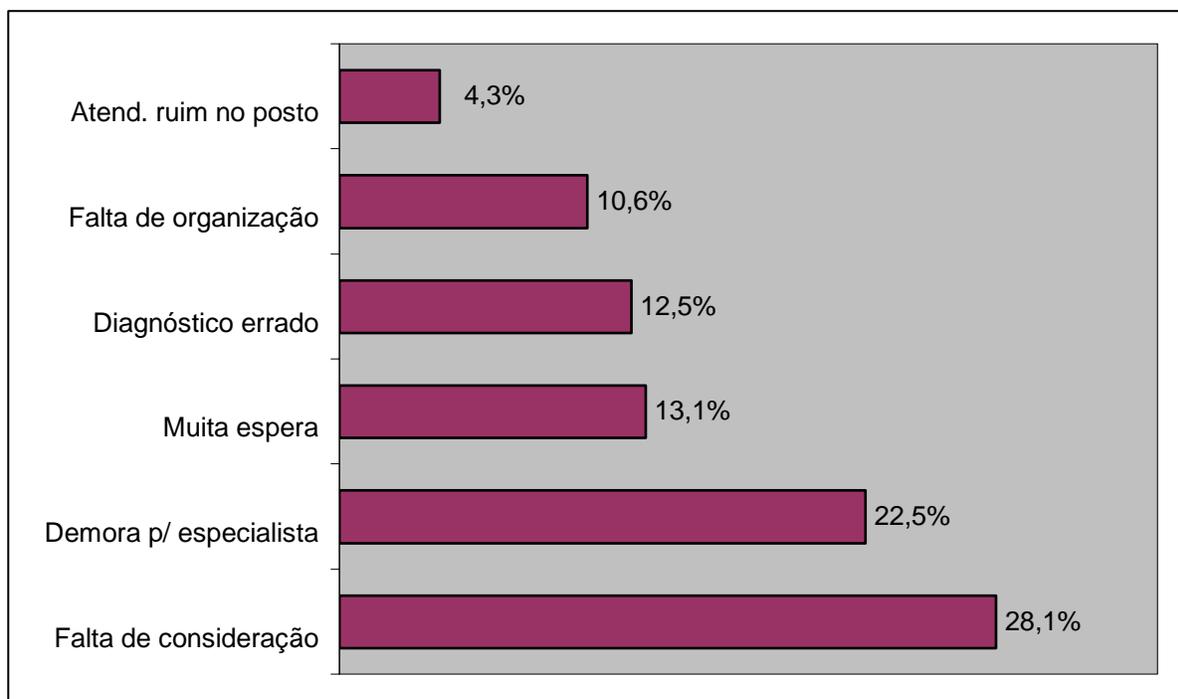


Figura 14 – Reclamações do atendimento do serviço de saúde

Os motivos principais que levam as pessoas a procurar a emergência em vez do posto de saúde são, de um lado, os maiores recursos e o pronto atendimento que existem nas emergências e, de outro, o não funcionamento do posto de saúde no momento em que os pacientes necessitaram e a imagem negativa de que ele não funciona. O item “posto fechado” apresentou saliência de 0,237 e foi o primeiro no “ranking”, enquanto que “a emergência tem mais recursos” apresentou saliência de 0,124 (Figura 15).

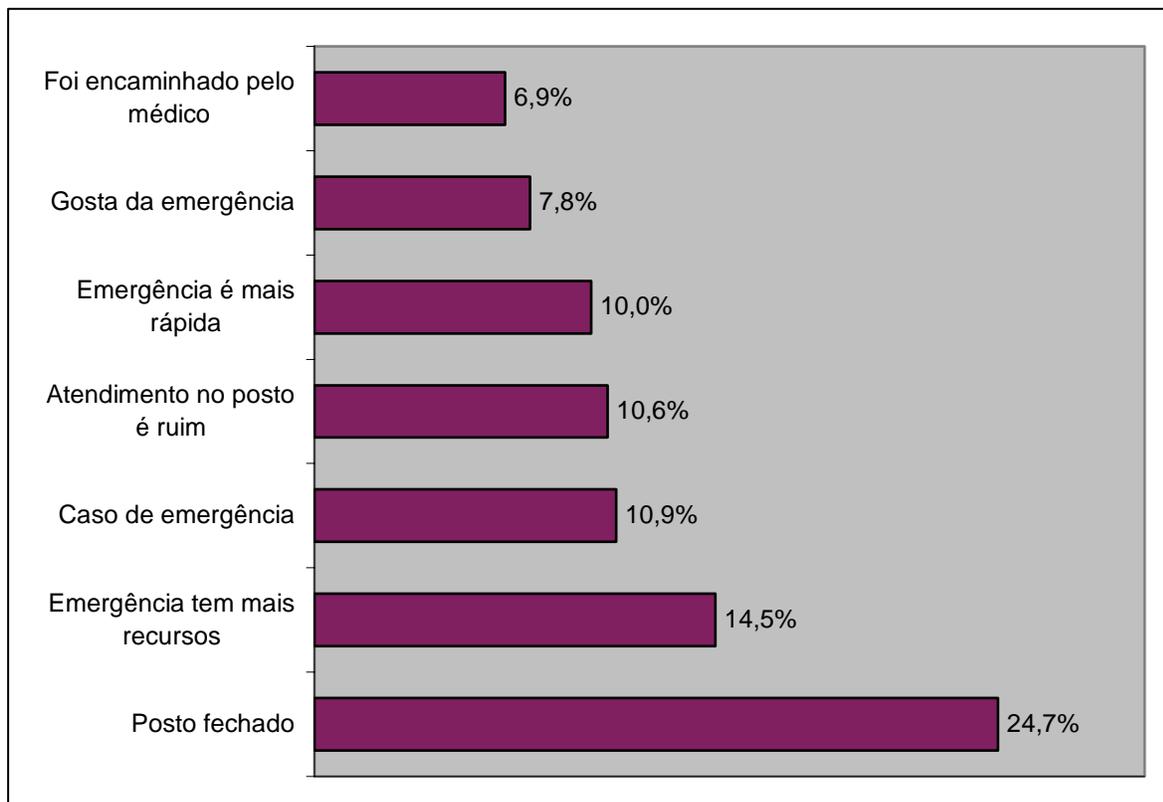


Figura 15 – Motivo para consultar no Serviço de Emergência e não no posto de saúde

6.3 - Satisfação com o atendimento

Os problemas da Emergência do HNSC mais freqüentes identificados pelos pacientes foram a demora no atendimento (índice de saliência 0,395), o grande número de pessoas atendidas (índice de saliência 0,215), funcionários grosseiros (índice de saliência 0,108), falta de privacidade e falta de médicos e enfermeiras (Figura 16). No entanto, 273 pacientes (55%) referiram que não há problemas nos serviços prestados pela Emergência do HNSC.

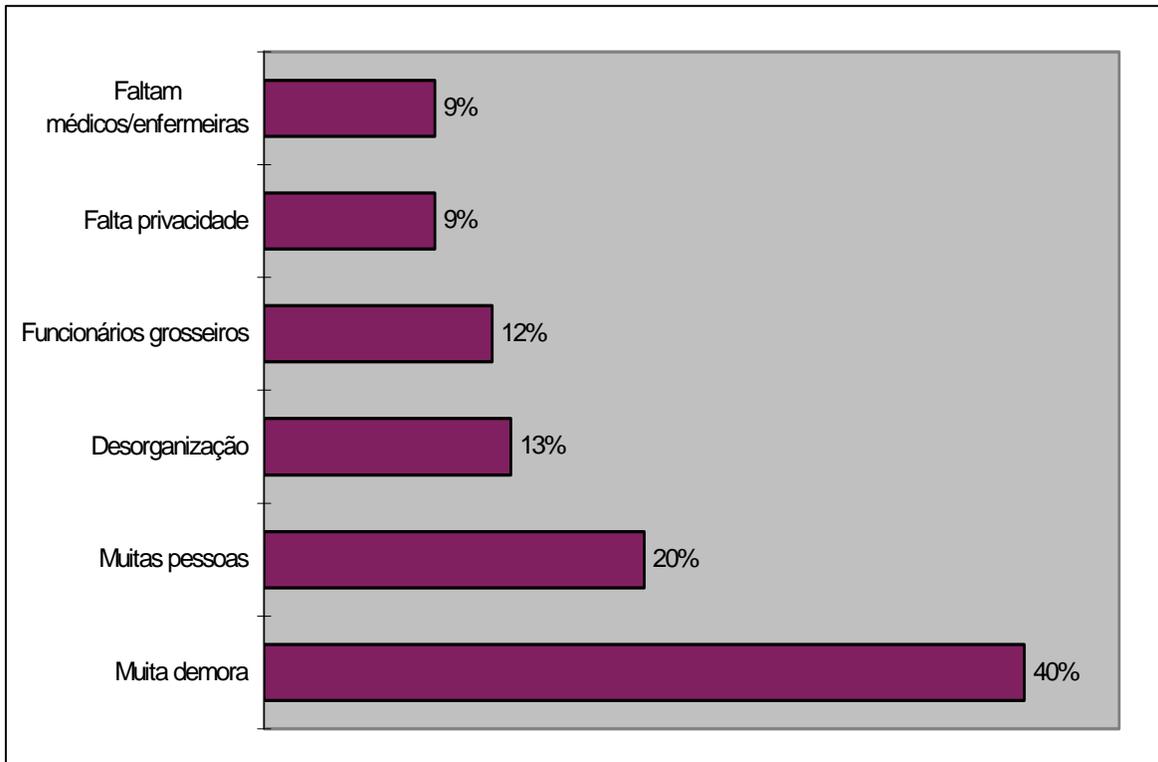


Figura 16 – Problemas identificados no atendimento do Serviço de Emergência do HNSC

A média e a mediana da nota do atendimento realizado na Emergência do HNSC foi 8 (DP=2,2) na opinião de um subgrupo de 68 pacientes. A nota 10, que foi a moda, foi referida por 37% dos pacientes.

A média do escore referente a satisfação – utilizando 12 questões - foi de 39, a mediana foi 41 e a moda 43. O resultado individual de cada variável dá uma informação parcial sobre a satisfação. O índice de satisfação com o serviço da emergência variou de 71% a 94% nas variáveis estudadas individualmente, sendo

que a demora no serviço e a expectativa com o tipo de serviço recebido foram os itens em que houve maior insatisfação (Tabela 4). Utilizando faces expressando vários sentimentos através dos cartazes de função Dartmouth Coop, 16% dos pacientes referiram que estão insatisfeitos com os serviços prestados pela emergência do HNSC.

Tabela 4 - Satisfação com a Emergência do HNSC

Satisfação	n	fr (%)
Muito ou levemente insatisfeito com o ambiente	93	19
Muito ou levemente insatisfeito com o atendimento médico	71	14
Local muito inadequado para as necessidades individuais	59	12
Qualidade do serviço razoável ou ruim	98	20
Levemente insatisfeito ou muito insatisfeito com o serviço	75	15
Houve atraso ou demorou muito tempo	144	29
Tipo de serviço poderia ter sido melhor ou certamente não foi como queria	142	29
Com certeza / acho que não recomendaria para um amigo	47	10
Profissionais não entenderam o tipo de auxílio que precisava	56	11
Somente algumas ou nenhuma necessidade foi atendida	100	20
Direitos como cidadãos quase nunca ou algumas vezes não foram respeitados	46	9
Não retornaria ou acha que não retornaria à emergência	31	6

A média da satisfação com o atendimento na emergência para os pacientes classificados como caso de emergência e/ou urgência foi 40 e, para aqueles classificados como consulta programável, o escore foi, em média, 38: uma diferença significativa ($p=0,001$).

A um subgrupo de 68 pacientes, foram aplicadas algumas questões sobre condições físicas, emocionais, trabalho diário, atividades sociais, experiências com a dor, mudança na condição de saúde, condição geral, apoio social, qualidade de vida e satisfação com o atendimento, as quais são descritas a seguir e apresentadas na Tabela 5. Estas condições foram avaliadas de acordo com a identificação nos cartazes de função Dartmouth Coop.

Tabela 5 - Condição física e emocional dos pacientes atendidos no HNSC

	n	fr (%)
Consegue realizar esforço leve/moderado	24	35
Um pouco ou muito problema emocional	33	53
Muita dificuldade ou não tem condições para trabalhar	16	24
Atividades sociais afetadas um pouco ou muito pelos problemas físicos ou emocionais	23	34
Dor moderada ou forte	34	50
Condição física e emocional um pouco pior ou muito pior em relação ao mês passado	32	48
Condição física e emocional regular/ruim no último mês	40	59

Quase nunca ou nunca havia alguém disposto a auxiliá-lo	11	16
Qualidade de vida ruim ou muito ruim	12	18

Para 35% dos pacientes atendidos na emergência do HNSC, o nível de atividade que conseguiram realizar no último mês por pelo menos dois minutos foi leve ou muito leve, período em que 53% dos entrevistados declaram ter tido um pouco ou muito problema emocional. O trabalho diário foi caracterizado como tendo muita dificuldade ou sem condições de realização por 24% dos entrevistados.

Em relação às atividades sociais, 34% das pessoas entrevistadas tiveram interferências por problemas físicos ou emocionais. Alegaram apresentar dor moderada ou forte 50% dos pacientes entrevistados. A saúde física e a condição emocional pioraram um pouco ou muito pouco comparando o momento da consulta com o mês anterior para 48% dos pacientes que consultaram na emergência do HNSC.

A condição física e emocional no último mês foi considerada regular ou ruim por 59% dos pacientes. O apoio social quase nunca ou nunca ocorreu para 16% dos pacientes entrevistados. A metade das pessoas (50%) classificou a sua qualidade de vida como apresentando alguns momentos positivos e outros negativos, e apenas 18% acham sua vida ruim ou muito ruim. No entanto, quando

se solicitou aos entrevistados que comparassem sua saúde com a de outras da mesma idade, 48,5% deles achava que a sua saúde era muito boa ou boa.

6.4 - Doenças cardiovasculares

A Figura 17 mostra a prevalência de fatores de risco de doenças cardiovasculares na população que frequenta a emergência. Dentre os pacientes que consultaram, 36% referiram que fumavam no momento da entrevista, 37% apresentaram índice de massa corporal acima de 25, e 33% referiram que algum médico já tinha dito que tinham pressão alta. No entanto, foram identificados como hipertensos, de acordo com os critérios definidos (valor acima de 160/95 mmHg ou relato de uso atual de medicação anti-hipertensiva), 104 pacientes, uma prevalência de 19%. No caso de considerar hipertensão com valores acima de 140/90 mmHg teríamos uma prevalência de 21,5%. Entre os que referiram ser fumantes, 50% receberam aconselhamento do médico para pararem de fumar. A grande maioria das pessoas não realiza nenhum tipo de exercício físico (69%) e assistir TV e/ou ler para se distrair quando não estão trabalhando foi a principal atividade de lazer para 81% dos pacientes.

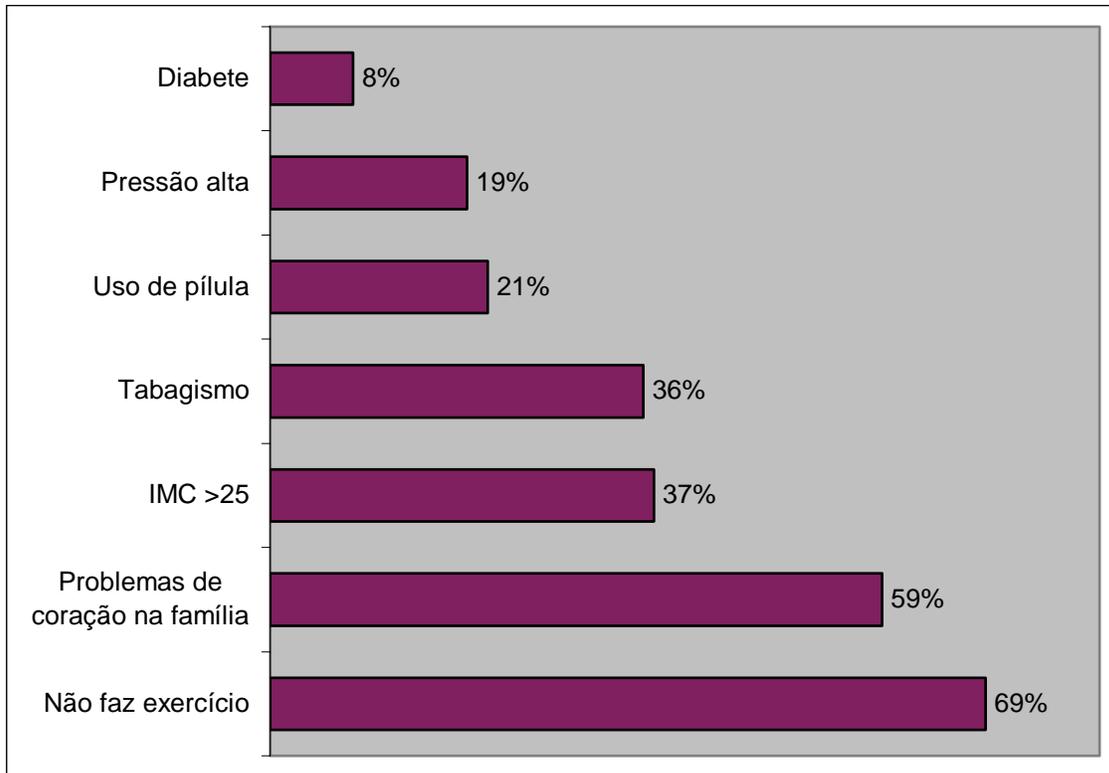


Figura 17 – Fatores de risco de doenças cardiovasculares

Um anti-hipertensivo havia sido prescrito a 60% dos pacientes que referiram pressão alta, 40% achavam que a pressão estava alta no momento do atendimento e 23% não estavam usando o medicamento prescrito. Dentre os pacientes para os quais foram prescritos medicamentos anti-hipertensivos, as principais razões para não usá-los foram as seguintes: pressão normalizou (27%), não teve mais sintomas (17%) e medicamentos caros (12%).

A pressão arterial foi medida em 294 pacientes (53% da amostra): a pressão sistólica variou de 70 a 220, média de 123 mmHg (DP=28); a pressão

diastólica variou de 40 a 180, média de 79 mmHg (DP=19). Em 51 pacientes (17% da amostra), a pressão diastólica estava acima de 90 mmHg. Entre os que foram informados pelo médico de que tinham pressão alta, a média da diastólica foi de 89 mmHg (DP=21.8) e entre os que nunca foram informados, ela foi de 72 mmHg (DP=13,2), havendo uma diferença estatística ($p < 0,000001$). Houve também diferença estatística significativa ($p=0,00004$) quando se comparou a pressão diastólica dos pacientes que referiram que achavam que sua pressão estava alta no momento da consulta com a dos que achavam que estavam com pressão normal: médias de 103 mm Hg e 82 mm Hg, respectivamente.

Dentre os pacientes entrevistados, 67% acreditam que podem fazer alguma coisa para evitar doenças crônico-degenerativas: dieta, remédio caseiro, não fumar, realizar exercício e não beber álcool foram as atividades mais freqüentemente realizadas com este intuito (Figura 18).

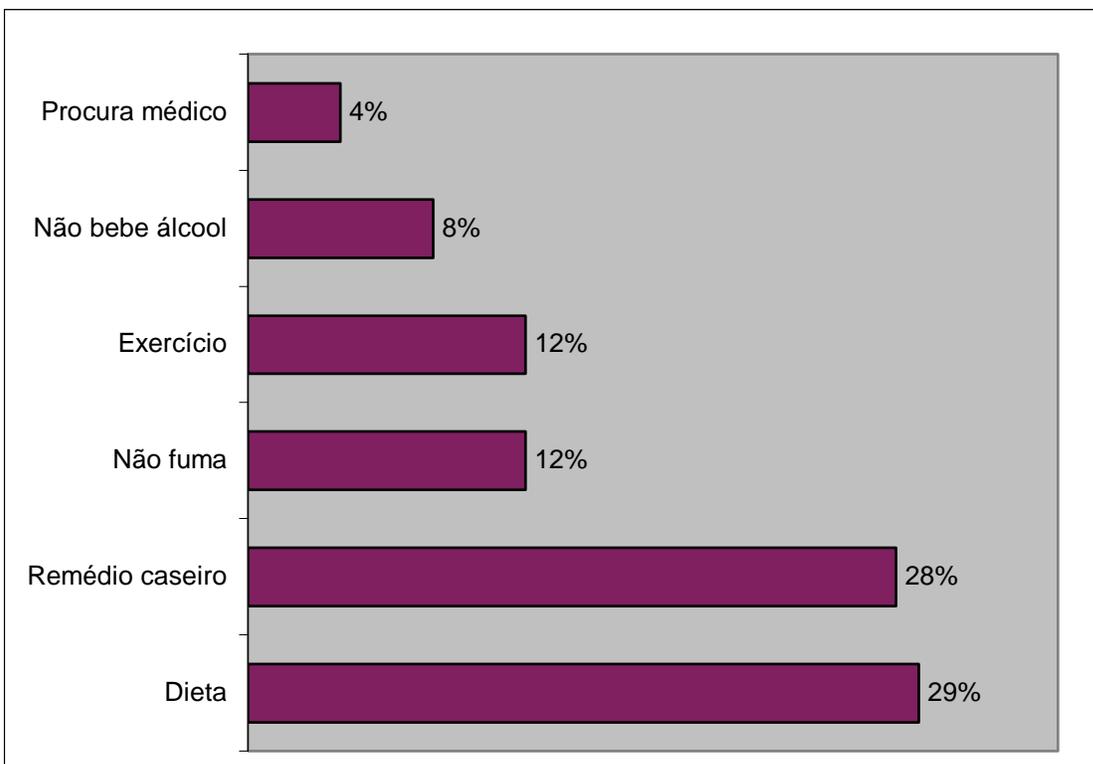


Figura 18 – Atividades preventivas para evitar doenças crônico-degenerativas

Entre os pacientes hipertensos, foi constatado que 27% fumam atualmente, 42% fumavam no passado, 24% das mulheres usam anticoncepcionais orais, 18% apresentam diabetes mellitus e 70% têm história familiar de doença do coração. Em média, os pacientes hipertensos se exercitam 3 horas por semana, 71% deles não realizam qualquer atividade para se exercitar e 86% deles lêem ou vêem TV para se distrair quando não estão trabalhando. Os médicos aconselharam 58% dos hipertensos a pararem de fumar quando foram atendidos no local onde habitualmente consultam.

O número de vezes que procuram o médico foi considerado suficiente para ter uma boa saúde por 55% dos hipertensos. A última consulta do hipertenso que consulta na emergência ocorreu em média, há 5 meses, e 45% deles consultaram há um mês. Dos pacientes hipertensos entrevistados, 68% acreditam que podem fazer alguma coisa para evitar doenças como pressão alta, dos quais 39% tomam chás e remédios caseiros, e 38% têm cuidado com a alimentação, incluindo a diminuição de sal. Dentre os que fazem alguma coisa para prevenir doenças, 12% relataram que não fumam e 6% fazem exercício. Dos pacientes hipertensos que consultam na emergência, 61% afastaram-se do seu trabalho ou afazeres domésticos. A maioria dos pacientes hipertensos (70%) são habitualmente atendidos em hospitais. Ter médico definido foi referido por 37% dos hipertensos e por 27% dos normotensos, uma diferença estatística de $p=0,02$.

A prevalência de angina nos pacientes atendidos na Emergência do HNSC, definida pelo protocolo Rose, foi de 13% (69 pacientes). A média de idade foi de 42 anos entre os pacientes com angina e de 40 anos para os sem angina, não havendo diferença significativa ($p=0,31$). Em relação ao sexo, as análises mostraram que 15% das mulheres e 8% dos homens apresentavam-se com o diagnóstico de angina, uma diferença estatística de $p=0,02$. Os pacientes que foram incluídos com o diagnóstico de angina pelo protocolo de Rose apresentavam as seguintes características: 22% fumam, 32% das mulheres usam anticoncepcional oral, 9% apresentam diabete mellitus, 78% têm história familiar de doença cardiovascular, 45% apresentam hipertensão e 78% não realizam exercício físico.

Entre os pacientes com angina, 43% têm médico definido, percentual que fica em 37% entre os pacientes sem angina: não há diferença significativa ($p=0,47$). Em 50% dos pacientes com angina, os atendimentos foram classificados como de emergência e/ou urgência; entre os que não foram classificados com angina, os atendimentos classificados como emergência e/ou urgência foram percentualmente maiores (57%), no entanto sem diferença significativa ($p=0,43$).

Entre os pacientes com critério diagnóstico de angina, 60% consultam no final de semana, e 61% dos que não têm angina também ($p=0,99$). O número de consultas nos últimos 6 meses, tanto para os pacientes com ou sem angina, foram 3, não havendo diferença estatística ($p=0,79$). Têm angina 14% dos pacientes que se afastaram do trabalho e 11% dos que não se afastaram, não havendo diferença estatística. O tempo de deslocamento até o HNSC foi, em média, de 34 minutos para os pacientes com ou sem angina. Costumam ser atendidos em hospital 73% dos pacientes com angina e 69% dos pacientes sem angina, não havendo diferença significativa ($p=0,50$).

6.5 - Descrição da prevalência de alcoolismo e problemas de saúde mental na Emergência do HNSC

As bebidas alcoólicas mais freqüentemente referidas pelos pacientes atendidos na emergência foram: a cerveja (74%), vinho (13%), cachaça (9%) e

whisky (4%). A garrafa de cerveja (700 ml) foi o vasilhame mais citado entre os pacientes que referiram tomar bebida de álcool, tanto em quantidades normais (38%) como em situações em que beberam bastante (45%). Beber em quantidade normal significa, para os pacientes, tomar duas garrafas de cerveja (56 gramas de álcool), em média, em um dia; consumir álcool em grande quantidade representa, para eles, tomar, em média, quatro garrafas de cerveja em um dia (112 gramas de álcool). O CAGE foi positivo para 16% dos pacientes atendidos na emergência; para aqueles que ingeriam bebida de álcool, esse percentual subiu para 37,2% (89 pacientes). Entre os homens, 54,5% apresentaram critério de CAGE positivo e, entre as mulheres, apenas 22,5%, havendo uma diferença estatística ($p < 0,001$).

A Tabela 6 mostra aspectos referentes aos sentimentos dos pacientes atendidos na emergência do HNSC, dos quais 79% referiam sentirem-se nervosos, tensos ou preocupados.

Tabela 6 - Descrição dos sentimentos - avaliação de saúde mental através do SRQ dos pacientes atendidos na Emergência do HNSC

SINTOMAS	n	fr (%)
1. Dor de cabeça	119	51
2. Falta de apetite	207	40
3. Assusta-se com facilidade	265	52
4. Dorme mal	213	42
5. Tremores nas mãos	183	36
6. Nervoso	404	79
7. Má digestão	185	36
8. Idéias com pouca clareza	320	63
9. Triste	302	59
10. Chora mais do que o costume	169	33
11. Não sente prazer	126	25
12. Dificuldade de tomar decisões	225	44
13. Trabalho penoso	130	26
14. Não tem um papel útil na vida	74	15
15. Perdeu o interesse pelas coisas	178	36
16. Não se sente uma pessoa com valor	102	20
17. Pensou em acabar com a vida	121	24
18. Sente-se cansado o tempo todo	202	40
19. Sente alguma coisa desagradável no estômago	225	44
20. Cansa com facilidade	257	50

Utilizando-se o SRQ, constatou-se que, entre as mulheres, a média do escore foi de 7 (DP= 3,1) e, entre os homens, de 5 (DP=3,1), uma diferença significativa de $p < 0,0001$. Quando foi realizado o ponto de corte de 7 tanto para homens quanto para mulheres, constatou-se que 32% dos homens e 51% das mulheres foram classificadas pelo SRQ como apresentando problema psiquiátrico menor, uma diferença significativa de $p = 0,0001$ (Figura 19).

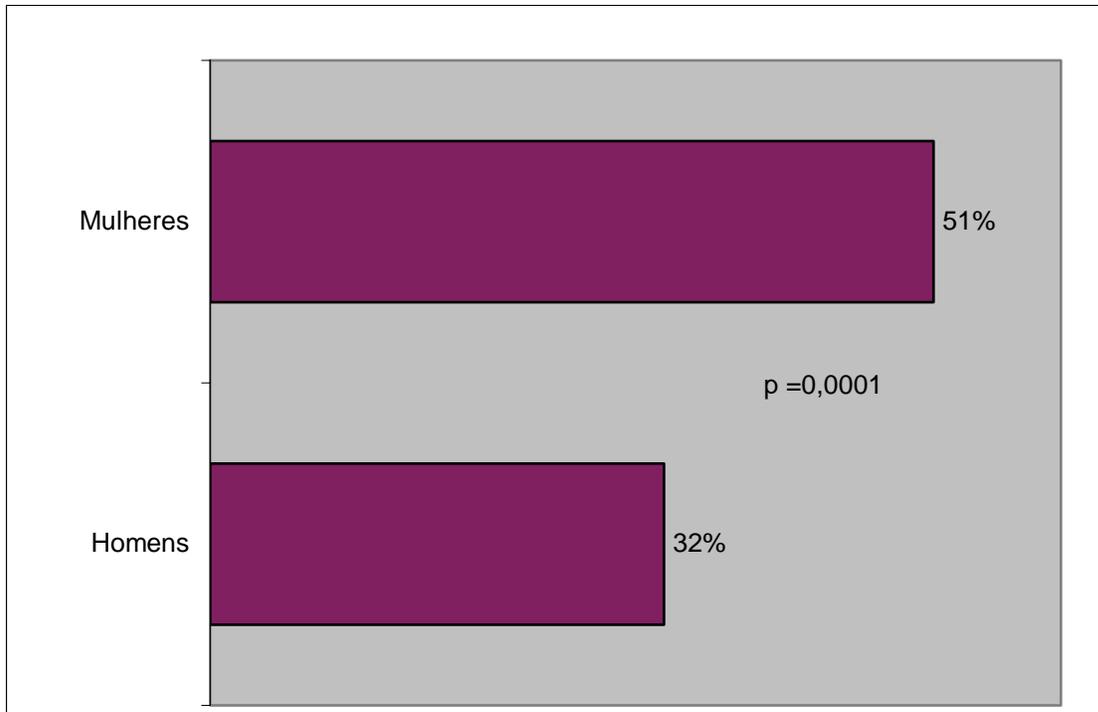


Figura 19 – Classificação de problema psiquiátrico menor pelo SRQ: comparação entre homens e mulheres

O médico da emergência fez comentários com o paciente sobre o consumo de álcool em apenas 8% das consultas realizadas e comentou que o seu problema era dos nervos em apenas 6% dos casos atendidos. Naqueles que apresentaram CAGE positivo, os médicos realizaram a pergunta sobre o consumo de álcool em 15% dos pacientes, enquanto que nos pacientes com critério do CAGE negativo, eles perguntaram para 7%, uma diferença significativa de $p=0,02$ (Tabela 7). Consultam habitualmente com o mesmo médico 38% dos pacientes com CAGE negativo e 37% dos que apresentaram CAGE positivo ($p=0,88$). Em relação ao dia de consulta, 15% dos pacientes que consultam no final de semana são CAGE

positivos e 18% dos que consultam no início da semana são CAGE positivos, não havendo diferença significativa ($p=0,43$).

Tabela 7 - Comparação entre pacientes CAGE positivos e negativos em relação a investigação pelo médico do consumo de álcool

CAGE	Médico investigou consumo de álcool		Total
	sim	não	
Negativo	26 (7%)	361 (93%)	387 (100%)
Positivo	12 (15%)	67 (85%)	79 (100%)

Qui-quadrado = 5,21; valor de $p=0,02$

Em relação à categoria de atendimento definida pelo médico da emergência, 17,4% dos pacientes considerados como consulta de urgência ou emergência e 15,5% dos que foram categorizados como consulta programável apresentavam CAGE positivo, não havendo diferença significativa ($p=0,70$). Houve diferença significativa, entretanto, entre a idade dos pacientes que apresentam CAGE positivo (média 40 anos) e CAGE negativo (média 38 anos) $p=0,03$. A média de escolaridade foi de 6 anos tanto para CAGE positivo como para CAGE negativo ($p=0,98$). Daqueles pacientes que foram internados ou ficaram na observação do HNSC, 16% apresentavam CAGE positivo e, dentre os pacientes que foram encaminhados para atendimento ambulatorial ou domicílio, 17%, não havendo diferença estatística.

6.6 – Comparação da demanda entre final de semana e durante a semana

Na amostra estudada, 51% dos entrevistados foram atendidos durante o final de semana e 49% no início da semana. Os pacientes que consultaram no final de semana levaram, em média, 10 dias para consultar depois que começaram a apresentar os sintomas, enquanto que aqueles que consultaram durante a semana levaram 16 dias, havendo uma diferença estatística de $p = 0,00005$. O tempo de deslocamento da residência até a emergência no final de semana foi, em média, de 29 minutos e, durante a semana, foi de 38 minutos ($p < 0,001$).

Os pacientes que foram atendidos no final de semana tiveram, em relação à satisfação, um escore, em média, de 41 (DP=6.2), enquanto entre os pacientes atendidos durante a semana, o escore médio foi 38 (DP=7.0), com uma diferença significativa de $p < 0,05$. A média de idade foi de 38 anos entre os pacientes atendidos durante a semana e de 41 anos nos atendidos no final de semana, havendo uma diferença significativa de $p=0,02$ (Tabela 8).

Tabela 8 - Comparação entre o final de semana e durante a semana

	Final de semana		Durante a semana		valor de p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Sintomas (dias)	10	19,8	16	27,5	0,00005
Tempo de deslocamento (minutos)	29	30,8	38,4	39,2	0,00006
Satisfação	40,6	6,2	37,7	7,0	0,05

Idade	41,5	18,6	38	17,3	0,02
-------	------	------	----	------	------

As seguintes variáveis não mostraram diferenças significativas entre os pacientes atendidos no final de semana e durante a semana: número de internações, dias de internações, tempo decorrido desde a última consulta, número de consultas médicas nos últimos 6 meses, tipo de encaminhamento, tempo de afastamento do trabalho e tempo de espera para ser atendido. A Tabela 9 mostra que 67% dos pacientes atendidos no final de semana e 54% dos que consultam durante a semana são moradores de Porto Alegre ($p=0,002$).

Tabela 9 - Comparação entre o final de semana e durante a semana em relação a morar em Porto Alegre ou na Grande Porto Alegre

Local de moradia	final de semana	durante a semana	Total
Porto Alegre	179 (67%)	131 (54%)	310 (61%)
Grande Porto Alegre	87 (33%)	112 (46%)	199 (39%)
Total	266 (100%)	243 (100%)	509

Qui-quadrado = 9,00; valor de $p = 0,002$

No final de semana, os pacientes são levados de carro ou táxi em 54% dos casos; durante a semana, apenas 39% utilizam este meio de transporte ($p=0,0007$) (Tabela 10). O encaminhamento pelo médico é mais freqüente durante a semana (23%) do que no final de semana (17%), sem que isto signifique diferença estatística significativa ($p=0,10$).

Tabela 10 - Comparação entre quem consulta no final de semana e durante a semana em relação a meio de transporte

Meio de transporte	final de semana	durante a semana	Total
Carro/táxi	138 (54%)	98 (39%)	236
Ônibus	115 (46%)	152 (61%)	267
Total	253 (100%)	250 (100%)	503

Qui-quadrado=11,28; valor de p = 0,0007

Os diagnósticos mais freqüentes no final de semana foram: dor abdominal (8.4%), amigdalite aguda (6.3%), asma (4.5%), cefaléia (4.5%) e dor torácica (4.5%). Os mais freqüentes durante a semana foram: dor abdominal (6.2%), furúnculo (4.8%), dor lombar (4.4%), revisão de saúde (4.4%) e cefaléia (4.0%).

6.7 - Comparação do perfil dos pacientes que têm médico definido com aqueles que não o têm

Dos pacientes que consultaram na emergência do HNSC, 35% (194) afirmaram que costumam consultar com o mesmo médico, porém 26 deles não lembraram o seu nome e, para fins de análise, não foram considerados como tendo médico definido. As especialidades mais freqüentes dos médicos definidos foram: clínicos gerais (37%), cardiologistas (17%), gineco-obstetras (13%), médico de família (8%) e pneumologistas (6%). Todos os médicos de família foram identificados no Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

As principais razões referidas pelos pacientes para não terem médico definido foi por não ter um motivo de doença importante, os médicos não estão sempre presentes e só decide consultar quando o problema for uma emergência. Os outros motivos estão descritos na Figura 20.

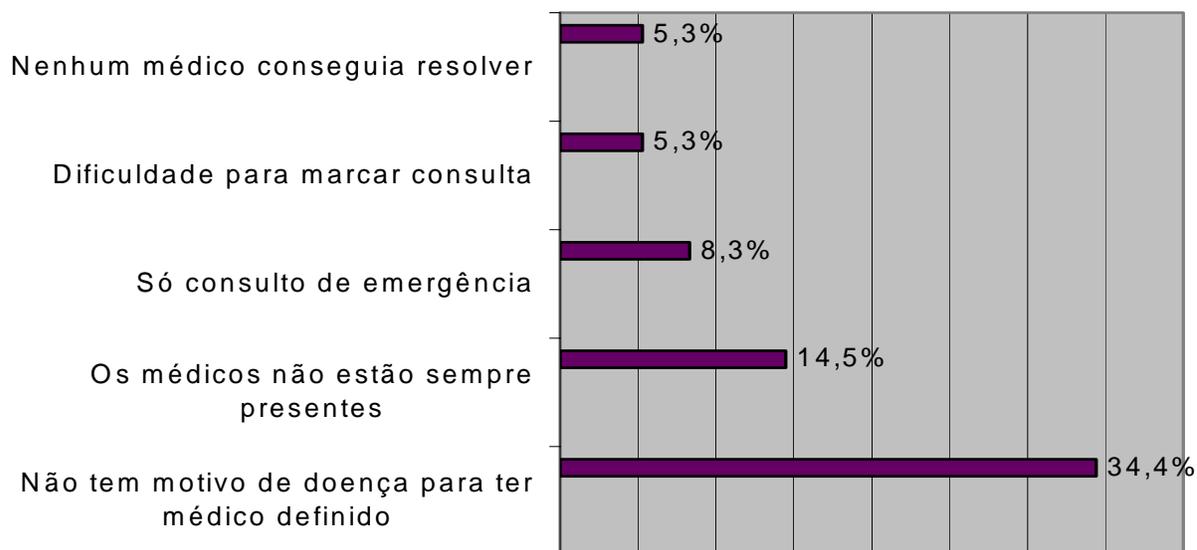


Figura 20 – Razões para não ter um médico definido

Os pacientes que habitualmente utilizam serviços de atenção primária (aqueles que referiram que habitualmente consultam em postos de saúde) representaram 23% da amostra, e constatou-se que estes pacientes têm quatro

vezes mais chances de ter um médico definido (RC=3,83 IC95%= 2,41-6,11) do que os que consultam em ambulatórios de hospitais (HNSC ou outros hospitais) (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação entre utilização habitual de serviços de atenção primária em saúde e hospitais em relação a relatar ter um médico definido

	Atenção primária		Hospital		Total
	n	fr(%)	n	fr(%)	
Médico Definido	60	52	83	22	143 (29%)
Sem Médico Definido	56	48	297	78	353 (71%)
Total	116	100	380	100	496

Qui-quadrado = 37,23; valor de p <0,00001

Os pacientes que costumam consultar com o mesmo médico apresentaram problema de saúde caracterizado como de emergência ou urgência três vezes mais freqüentemente do que aqueles que referiram que não o fazem (RC=2,84 IC95%= 1,83-4,42) (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação entre pacientes que referiram ter um médico definido ou não em relação a consulta da emergência caracterizada pelo plantonista como de emergência ou urgência e programada

	Emergência/urgência		Programada		Total
	n	fr(%)	n	fr(%)	
Médico definido	128	39	38	18	166 (31%)
Sem Médico definido	204	61	172	82	376 (69%)
Total	332	100	210	100	542

Qui-quadrado = 24,39; valor de $p < 0,00001$

Os pacientes que habitualmente consultam no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) referiram mais freqüentemente (87%) ter um médico definido que aqueles que costumam consultar na emergência (15%) (Tabela 13). Ao realizar o cruzamento entre o local em que atende o médico definido e o local onde o paciente costuma consultar, o SSC novamente mostrou evidências na mesma direção, mostrando que 85% dos pacientes que têm médico definido procuram este serviço. Os outros serviços mostraram os seguintes percentuais: consultório particular (82%), outros postos de saúde (81%), ambulatório do HNSC (77,5%), clínicas particulares (71%), outros hospitais (65%) e, naqueles pacientes que costumam consultar na emergência, o ambulatório do HNSC foi citado em 67% dos casos como local onde referem ter um médico definido.

Tabela 13 - Frequência do costume de consultar com o mesmo médico, estratificado por local de consulta habitual

Médico	Ambulatório HNSC	Emergência	Outros Hospitais	SSC	Postos	Clínicas	M.Trab	Part.
Definido	49 (31%)	24 (15%)	25 (41%)	13 (87%)	53 (52.5%)	10 (77%)	7 (64%)	12 (80%)
Não definido	108	138	36	2	48	3	4	3
Total	157	162	61	15	101	13	11	15

Qui-quadrado =88,01; valor de p < 0,0001

A principal razão para não consultar com o médico que costuma consultar foi por este não estar disponível ou porque o posto não estava funcionando (50%) (Figura 21).

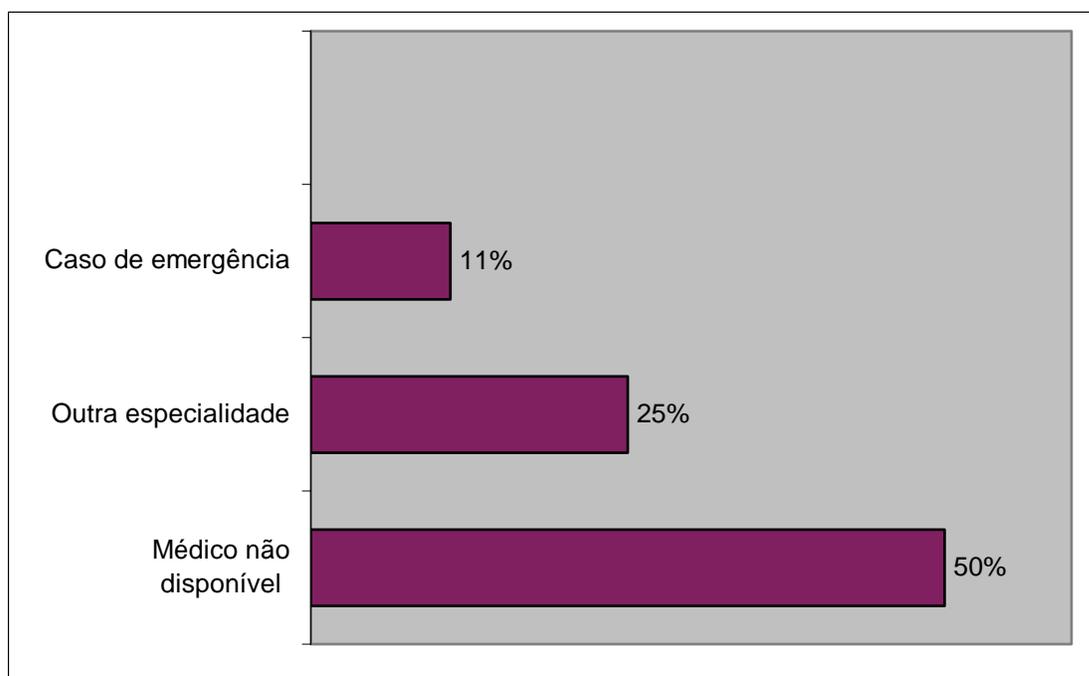


Figura 21 – Razões para não ter consultado com o médico que costuma consultar na consulta atual

O encaminhamento pelo médico foi realizado em 35% dos pacientes que costumam consultar com o mesmo médico; quando o familiar encaminha, 29% dos pacientes costumam consultar com o mesmo médico, não havendo diferença estatística ($p=0,32$).

A média de salário da família foi de 5,6 salários mínimos entre os pacientes que referiram consultar com o mesmo médico e de 5,2 salários mínimos entre os que não costumam fazê-lo, sem diferença estatística ($p=0,4$).

Dentre os pacientes que referiram que o número de consultas é o suficiente para ter uma boa saúde, 42,5% tinham um médico definido, enquanto apenas 28% dos que referiram achar que o número de consultas não é o suficiente o tinham, havendo uma diferença estatística significativa de $p= 0,0005$ (Tabela 14).

Tabela 14 - Comparação entre os que costumam e os que não costumam consultar com o mesmo médico em relação a achar que o número de consultas é o suficiente para ter uma boa saúde

	Número de Consultas Suficiente		Total
	Sim	Não	
Costuma consultar com o mesmo médico	117 (42,5%)	67 (28%)	184 (35,5%)
Não costuma consultar com o mesmo médico	158 (57,5%)	176 (72%)	334 (64,5%)
TOTAL	275 (100%)	243 (100%)	518

Qui-quadrado = 11,98; valor de $p= 0,0005$

Os diagnósticos de dor abdominal (6,6%), dor nas costas (5,3%), revisão de saúde (5,0%) e cefaléia (4,2%) foram mais freqüentes no grupo dos pacientes que referiram não ter costume de consultar com o mesmo médico. No grupo que relatou que costuma fazê-lo, os diagnósticos mais freqüentes foram dor abdominal (9,0%), furunculose (7,2%), amigdalite aguda (5,0%) e asma (4,2%). Ao realizar uma comparação entre os diagnósticos no grupo dos pacientes que costumam consultar com o mesmo médico com os daqueles que não costumam, identificou-se, respectivamente, que apenas em furunculose (7,0% vs 3,0% - $p=0,05$) e dor lombar (2,0% vs 8,0% - $p=0,009$) houve diferença estatística.

Ao investigar a associação entre adesão ao uso de medicamentos para pressão arterial e costume de consultar com o mesmo médico, não constatou-se uma diferença significativa ($p=0,37$) entre os que costumam consultar com o mesmo médico (75%) e os que não costumam (66%).

Tinham médico definido 42% dos pacientes classificados como consulta de urgência e/ou emergência, mas apenas 18% dos classificados como consulta programável também tinham, uma diferença significativa de $p< 0,0001$. Os pacientes que referiram ter médico definido têm 3 vezes mais chances de consultar na emergência por um problema efetivamente de emergência e/ou urgência que os demais ($RC=3,15$ $IC95\%=2,02-4,92$).

Costumam consultar com o mesmo médico 35% dos pacientes que foram internados ou ficaram na observação e 29% dos que foram encaminhados para

consulta ambulatorial ou a seu domicílio (diferença estatística não significativa: $p=0,22$).

6.8 - Comparação entre serviços de atenção primária e hospital

Os serviços de atenção primária (postos de saúde, incluindo os do SSC) representam 23% do atendimento habitual dos pacientes que consultam na emergência do HNSC. O tempo de deslocamento até o local da consulta habitual foi, em média, de 19 minutos quando o serviço foi um posto de saúde e de 32 minutos, em média, quando se tratava de hospitais, havendo uma diferença significativa ($p<0,0001$).

Foram 4 (DP=3), em média, as consultas realizadas nos seis meses anteriores à pesquisa pelos pacientes que consultam em posto de saúde e 3 (DP=4) as dos que referiram consultar em hospital, com diferença significativa ($p=0,008$). Em relação à última consulta realizada em qualquer serviço de saúde, ela ocorreu há 3 meses nos pacientes que habitualmente consultam no posto de saúde, e há 7 meses naqueles que o fazem em hospital, uma diferença significativa de $p<0,0001$.

Quanto à classificação atribuída pelo médico emergencista à consulta dos pacientes, 71% dos habitualmente atendidos em postos de saúde e 58% dos

atendidos habitualmente em hospital foram considerados como casos de emergência e/ou urgência, uma diferença significativa de $p=0,02$. Portanto, aqueles pacientes que habitualmente são atendidos no posto têm uma razão de chances de 1,77 (IC95%=1,10-2,88) de serem considerados um caso de emergência e/ou urgência pelo médico emergencista.

Dos pacientes que consultam no SSC, 86.7% referiram que têm médico definido; entre os que consultam em outros postos de saúde, apenas 52,5% disseram o mesmo, havendo uma diferença significativa ($p=0,03$). Os primeiros tiveram necessidade de internar ou ficar na observação em 60%; os segundos apenas em 26% deles, havendo uma diferença significativa ($p=0,01$). Não houve, entretanto, diferença estatística na categorização de urgência/emergência entre os dois grupos (58,3% dos pacientes que consultam no SSC e 44,2% dos pacientes que consultam em outros postos foram considerados consultas de emergência ou urgência, e com uma razão de chances de 1,77 – IC95%=0,44-7,25).

6.9 - Avaliação da qualidade de registro dos boletins de atendimento da Emergência do HNSC

Os dados registrados nos boletins de atendimento do serviço de emergência do HNSC foram revisados. Um total de 521 fotocópias de boletins foram analisados. Dos sinais vitais - pressão arterial, frequência cardíaca,

freqüência respiratória e temperatura corporal -, havia registro em 60,2 %, 1,2 %, 0,0 %, 56,9 % dos boletins, respectivamente. A queixa principal do paciente foi descrita em 76,0 % dos boletins; o exame físico, em 48,7 %; a impressão diagnóstica, em 31,0 %; e a conduta, em 96 %. O nome do médico estava identificado em 96,5 % dos boletins pesquisados.

6.10 - Análise bivariada e de regressão logística para avaliar o costume de consultar com o mesmo médico

Na análise bivariada, em relação ao costume de consultar com o mesmo médico, foram identificadas as seguintes variáveis estatisticamente significativas: consulta habitual em serviços de atenção primária (RC=3,83 IC95%=2,41-6,11), consulta em emergência/urgência (RC=2,84 IC95%=1,83-4,42), número de consultas suficientes para ter uma boa saúde (RC=1,79 IC95%=1,20-2,69), idade maior que 40 anos (RC=1,85 IC95%=1,26-2,74), tempo de deslocamento à emergência em até 30 minutos (RC=2,29 IC95%=1,52-3,46), quatro ou mais consultas nos últimos 6 meses (RC=2,82 IC95%=1,86-4,28), referência de pressão alta (RC=1,56 IC95%=1,04-2,33), consulta com médico que não trabalha no SUS (RC=2,07 IC95%=1,25-3,44), afastamento do trabalho pelo problema de saúde (RC=1,67 IC95%=1,12-2,50). Aqueles que referiram que tinham uma qualidade de saúde muito boa ou boa em comparação com outra pessoa da mesma idade tinham 1,11 vezes mais chances de costumar consultar com o mesmo médico; porém não houve diferença estatística ($p=0,65$).

Foram analisadas 496 observações para realizar a regressão logística, tendo como desfecho costume de consultar com o mesmo médico. As variáveis que permaneceram estatisticamente significantes em relação ao costume de consultar com o mesmo médico após controle multivariável, incluídas uma a uma no modelo, foram as seguintes: consulta habitual em serviço de atenção primária (RC= 3,22 IC95% = 2,04-5,09), consulta considerada de emergência/urgência (RC=2,46 IC95%=1,55-3,92) e afastamento do trabalho (RC=1,59 IC95%=1,03-2,45). Não houve diferença quando foi incluída no modelo a variável qualidade de vida em comparação com outra pessoa da mesma idade. Portanto, o modelo que melhor explica o costume de consultar o mesmo médico inclui aqueles que habitualmente consultam em serviços de atenção primária, os que têm suas consultas classificadas como de emergência/urgência e aqueles que têm que afastar-se do trabalho (Tabela 15). As variáveis número de consultas nos últimos meses, tempo de deslocamento, idade, consulta com médico que não trabalha no SUS, satisfação com o número de consultas e problema de pressão alta deixaram de ser estatisticamente significativas após análise multivariável.

Tabela 15 - Modelo de análise multivariável para os pacientes que costumam consultar com o mesmo médico

Variável IC95%	RC
Habitualmente consulta em Atenção Primária 2,04-5,09	3,22
Consulta classificada como emergência/urgência 1,55-3,92	2,46

Não foi trabalhar em função do problema de saúde 1,59
1,03-2,45

6.11 - Análise bivariada e de regressão logística para estimar a probabilidade da consulta ser considerada de emergência/urgência de acordo com a avaliação do emergencista

Na análise bivariada em relação à classificação da consulta como emergência/urgência, constataram-se as seguintes variáveis estatisticamente significativas: consulta habitual em serviço de atenção primária (RC=1,76 IC95%=1,08-2,85), costume de consultar com o mesmo médico (RC=2,84 IC95%=1,83-4,42), internação/observação (RC=6,47 IC95%= 3,72-11,37), idade menor que 40 anos (RC=0,63 IC95%=0,44-0,91), sintomas há menos de 3 dias (RC=1,59 IC95%=1,09-2,32) e deslocamento de carro até a emergência (RC=2,72 IC95%=1,82-4,06).

Foram analisadas 477 observações para realizar a regressão logística, tendo como desfecho a categoria de consulta (emergência/urgência ou programada) definida pelo médico emergencista. Cada uma das variáveis foi

colocada no modelo uma a uma. As variáveis que permaneceram estatisticamente significantes em relação à categoria da consulta após controle multivariável foram as seguintes: pacientes internados ou que ficaram na observação (RC=5,8 IC95%=3,33-10,17), os que costumam consultar com o mesmo médico (RC=2,98 IC95%=1,84-4,80) e pacientes que foram à emergência de carro (RC=2,67 IC95%=1,75-4,05). Portanto, o modelo que melhor explica a categoria da consulta de emergência/urgência inclui os pacientes que internaram ou ficaram na observação (percepção de gravidade pelo médico), os que foram de carro e os que têm um médico que costumam consultar. (Tabela 16) As variáveis idade, tempo que apresentam sintomas antes de consultar na emergência e local em que habitualmente consultam deixaram de ser estatisticamente significativas após análise multivariável.

Tabela 16 - Modelo de análise multivariável para consultas que foram classificadas como de emergência ou urgência

Variável IC95%		RC
Internado ou em observação 10,17	5,80	3,33-
Costuma consultar com o mesmo médico 4,80	2,98	1,84-
Pacientes foram de carro até a emergência 4,05	2,67	1,75-

6.12- Análise bivariada e de regressão logística para estimar a probabilidade de internar ou ficar na sala de observação

Na análise bivariada, as seguintes variáveis foram estatisticamente significativas em relação a internar/ficar na sala de observação: consultas de emergência/urgência (RC=6,47 IC95%=3,72-11,37), estar acompanhado na emergência (RC=1,90 IC95%=1,17-3,10), ir de carro até a emergência (RC=1,87 IC95%=1,22-2,87), idade menor que 40 anos (RC=0,63 IC95%=0,42-0,95). As pessoas que referiram ter uma saúde muito boa ou boa em relação a outras da mesma idade apresentaram uma razão de chances (odds ratio) de 1,86 (IC95%=1,22-2,84) em relação a ficar na sala de observação ou internar.

Foram analisadas 526 observações para realizar a regressão logística, tendo como desfecho a consulta na emergência levar a uma internação/ficar em observação ou ser encaminhada para consulta de ambulatório/para o domicílio. Na análise multivariável, apenas a variável consultas que foram consideradas como de emergência/urgência permaneceu estatisticamente significativa após o controle de possíveis variáveis confundidoras. A razão de chances da variável que categoriza emergência/urgência foi 5,68 (IC95%=3,27-9,8) em relação a internação/observação, após ter sido realizado o controle das variáveis: ir de carro, ter idade inferior a 40 anos e qualidade de saúde superior a outras pessoas da mesma idade.

7 DISCUSSÃO

As principais características dos serviços de emergência de hospitais públicos são a demanda excessiva e a falta de continuidade no atendimento prestado, o que implica um custo elevado ao sistema de saúde. Da desorganização do sistema decorre a tendência da população de utilizar os serviços de emergência por problemas não urgentes, tendência que também tem sido identificada em países com atendimento médico socializado, como Grã-Bretanha e a Suécia, assim como em sistemas com seguros privados, como os EUA (73,74,75,76,77,78). Padgett & Brodsky (113) estimaram que 85% das visitas ao serviço de emergência feitas nos EUA foram por problemas que não apresentavam risco de vida. Outros estudos americanos relataram que a percentagem de visitas não urgentes e inapropriadas varia de cerca de 11% (114) até mais do que 50% (115,116,117,118,119).

A superlotação de uma emergência é um problema complexo. Sua utilização por pacientes com problemas médicos eletivos contribui para a demanda excessiva e impede o acesso de pacientes com emergência verdadeira.

Como ficou demonstrado neste estudo, os problemas considerados como consulta programada contribuíram com pelo menos 1/3 das consultas no serviço de emergência do HNSC, ocasionando uma sobrecarga do serviço. Vários estudos da literatura demonstram que este é também um fenômeno mundial,

decorrente, em parte, da desorganização do sistema, mas também do fato de as pessoas com problemas de saúde tentarem resolvê-los o mais rápido possível (113,114,115,116,117,118).

7.1 - Perfil dos pacientes que utilizam o serviço de emergência

O presente estudo mostrou que o perfil da população que frequenta a emergência do HNSC é jovem, predominantemente do sexo feminino, que, apesar de consultarem mais, internam com menor frequência que os homens. O paciente típico é morador de Porto Alegre (especialmente do bairro Sarandi) e da Grande Porto Alegre (especialmente de Alvorada), desloca-se preferencialmente de ônibus e, na maioria das vezes, na companhia de algum familiar, decide consultar por iniciativa própria ou por indicação de algum familiar, tem uma escolaridade média de 6 anos e a mediana de 4 salários mínimos.

O perfil dos pacientes atendidos na emergência do HNSC foi o mesmo do encontrado no estudo realizado no serviço de emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que mostrou que, entre os não internados, os pacientes eram, em média, mais jovens e predominantemente mulheres, ao contrário dos pacientes que internaram, que tinham, em média, mais idade e eram do sexo masculino (120).

Os pacientes com problemas sem emergência esperaram longas horas no serviço de emergência do HNSC, à semelhança do que ocorre em hospitais americanos, onde foi relatado que podem esperar longas horas por um atendimento. O estudo americano mostrou que 15% dos pacientes saíram da emergência sem esperar pelo atendimento médico e, quando contatados duas semanas após, os que não haviam sido vistos pelo médico tinham duas vezes mais chances de referir deterioração da sua condição de saúde do que aqueles que foram vistos. Vários estudos americanos mostram que pacientes classificados como não tendo condição de emergência eram pacientes pobres, não brancos e sem uma fonte de atenção primária (121,122,123).

O tempo médio que os pacientes apresentavam sintomas ao decidirem consultar na emergência foi elevado para um pronto-atendimento (em média, 10 dias) e, paradoxalmente, ao decidirem consultar, muitos com condições consideradas eletivas achavam que necessitavam ser vistos imediatamente. Um deles referiu que o seu caso era uma emergência, porque “Quando você está doente por um longo período, tem que ser resolvido logo”. Num determinado momento, o paciente sente uma necessidade iminente de consultar porque, até aquele momento, não havia tomado providências (83). Os pacientes encaminhados por médicos apresentavam sintomas há um tempo maior, quando foram comparados com os que foram encaminhados por familiar. Provavelmente, este fenômeno deveu-se ao fato de apenas procurarem um médico quando não toleravam mais a presença do sintoma. O tempo que os pacientes com sintomas levaram para consultar foi igualmente prolongado, inclusive para os atendimentos

em serviços que necessitaram encaminhar para a emergência. Em outras palavras, o processo de tomar decisão de consultar com qualquer médico é bastante demorado, e a razão mais provável para este fato é que o acesso aos serviços de saúde é muito difícil, e os pacientes toleram os sintomas por um período longo sem procurar serviços de saúde.

Os pacientes referiram que as principais razões para escolher a emergência do HNSC foram porque o serviço é bom e resolutivo. As razões que levaram as pessoas a consultar na emergência foi a crença de que a emergência resolve os problemas e atende mais rapidamente, enquanto que os postos de saúde apresentam uma imagem de que habitualmente estão fechados ou não têm resolutividade, o que mostra que os pacientes criaram, ao longo do tempo, a concepção de que os serviços de emergência dispõem de melhores condições para o atendimento de qualquer problema de saúde. O aspecto de gratuidade nem foi mencionado pela população, provavelmente por ser um atributo bem estabelecido no processo de decisão de consultar no serviço público. Davidson revisou o material publicado nos Estados Unidos há duas décadas e concluiu que os moradores de zonas de risco com baixos salários tinham a tendência de utilizar a emergência como substituto dos médicos de família, que eles não tinham. As emergências constituem a rede de segurança de uma população que não tem disponibilidade de atenção primária (124).

O médico emergencista, baseado na resolução do CFM 1451, considerou como de emergência apenas 15% dos casos, enquanto que praticamente todos os

pacientes consideraram o seu caso como de emergência, o que evidencia que a percepção do paciente em definir o seu caso como de emergência é maior do que a do médico. Dos pacientes que consultaram na emergência, a grande maioria foi encaminhada ao domicílio ou a uma consulta programada, o que mostra que os atendimentos não apresentavam risco de vida, uma vez que não houve necessidade nem de ficar em observação nem de internar. Tais pacientes provavelmente muito se beneficiariam caso fossem atendidos num serviço de atenção primária com disponibilidade para atendimento integral. Estudos têm mostrado que o primeiro contato realizado na emergência é freqüentemente inadequado quando a consulta é caracterizada como eletiva e o paciente diz não ter um médico definido. Estes pacientes têm uma menor freqüência de abordagem preventiva, quando comparados com aqueles que consultam em atenção primária (125,126).

Muitos pacientes esperam longas horas nos serviços de emergência, e estudos mostraram que alguns deles podem piorar a sua condição em função desta espera. Para evitar que isto ocorra, é necessário realizar uma triagem adequada para identificar aqueles casos que mais necessitam (127,128,129,130).

É importante identificar quais os sintomas que habitualmente levam os pacientes a consultar nos serviços de emergência. A dor abdominal foi o motivo de consulta e o diagnóstico mais freqüentemente identificado pelo médico emergencista do HNSC. No entanto, os diagnósticos que levaram à internação foram: AIDS, insuficiência cardíaca, laparotomia, arritmia e AVC. Os médicos

aprendem que, para distinguir sintomas que representam problema com gravidade daqueles sem gravidade, não há nenhum exame complementar melhor do que uma anamnese e um exame físico realizado durante a consulta. Além disso, para que ocorra uma comunicação efetiva, o médico também precisa investigar as crenças dos pacientes e suas ansiedades para tentar melhorar o manejo de seus problemas de saúde (131). As dimensões de entendimento do paciente e do médico a respeito do que constitui uma consulta de emergência são distintas. O paciente avalia a sua condição como sendo de maior gravidade do que o médico. Após a consulta, é comum os pacientes perceberem que a sua condição não era tão grave quanto julgavam (132).

7.2 - Recursos de saúde

Três quartos dos pacientes que foram atendidos na emergência referiram que habitualmente consultam ou na própria emergência ou no ambulatório do HNSC, o que demonstra que a demanda que consulta no serviço de emergência está habituada com este local de atendimento. Os pacientes já são, pois, clientes da instituição, porque eles identificam o hospital como recurso de saúde e, ao desenvolverem um processo de decisão, a emergência do HNSC é o local para onde eles se dirigem, independente da gravidade da condição.

Apenas um terço dos pacientes pensaram em realizar reclamações sobre falhas no serviço de saúde. E, quando fazem alguma reclamação, ela diz respeito,

principalmente, à falta de consideração com o paciente, o que mostra que o atendimento personalizado deve ser estimulado.

Um subgrupo de pacientes é responsável por consultas freqüentes aos serviços de emergência e, conseqüentemente, levam a um alto custo. Este subgrupo é identificado como uma população vulnerável do ponto de vista médico e social. Os usuários freqüentes de emergências são identificados com problemas interdependentes: falta de acesso a serviço de saúde, falta de serviços primários e preventivos, ausência ou inadequação de serviços sociais e exposição a um sistema de saúde fragmentado. A identificação deste problema é constatado no Serviço de Emergência do HNSC e a articulação de soluções necessárias devem ser realizadas por todos os atores envolvidos na reforma dos serviços de saúde (15).

A pesquisa realizada na Emergência do HNSC mostrou que a metade dos pacientes não está satisfeita com o número de consultas que realiza. No entanto, os dados mostram uma média de três consultas em 6 meses, e 1/3 dos pacientes relataram ter consultado há menos de um mês. Tais dados estão a demonstrar que o problema não parece ser quantitativo. Uma parcela importante dos pacientes que foram consultar na emergência (2/5) declarou-se insatisfeita com a consulta anterior à realizada na emergência. Pode-se inferir que foi a falta da resolução do seu problema que o levou a procurar novo recurso, e que este é um dos fatores para uma nova consulta, fenômeno também conhecido como “shopping around”. A população responde de uma forma desorganizada ao

procurar o serviço de saúde, porque o sistema é caótico. Se houvesse um sistema que funcionasse organizadamente, a população, certamente, se adaptaria às orientações recomendadas. O paciente é quem decide quando, onde e com que sintomas realiza a consulta (13). Portanto, é necessário entender os fatores determinantes que levam o paciente a consultar numa emergência e avaliar as crenças dos pacientes sobre as causas dos sintomas.

Os serviços que habitualmente os pacientes consultam apresentam as seguintes características: serviço que fica disponível 24 horas, tempo médio de deslocamento de 30 minutos, ambulatório ou emergência de hospital ligados ao SUS, serviço que distribui gratuitamente os medicamentos e os exames laboratoriais de fácil acesso. Os serviços de emergência tendem a ser utilizados por pessoas que não dispõem de uma fonte alternativa de atendimento (133). A falta desta fonte alternativa, no entanto, não é uma condição necessária para utilização da emergência, considerando estudo realizado em Nova York, no qual 80% dos usuários de emergências tinham um médico de atenção primária (73). Muitas vezes, o paciente sequer tenta contactar a sua fonte habitual de atendimento antes de ir à emergência (134). Conveniência e fácil acesso à emergência, constituem, portanto, outras razões para aumentar a utilização destes serviços (113).

O fluxo de pacientes que precisam consultas eletivas é bastante grande, porque os pacientes encaminhados para um acompanhamento continuado no nível ambulatorial pelo emergencista levam um tempo considerável para marcar

consultas, o que demonstra os desajustes da interface entre atenção primária e secundária e, muitas vezes, que o atendimento não é resolutivo. Estudos têm demonstrado a importância de o paciente sair do atendimento da emergência com uma consulta agendada, o que possibilita a adesão a um serviço de atenção primária (84). É necessário que surjam formas para viabilizar a reorganização do modelo assistencial e orientar de forma adequada especialmente aqueles pacientes que foram considerados como apresentando um motivo de consulta não urgente nos serviço de emergência.

Os médicos e os gestores do serviço de saúde devem auxiliar os pacientes a utilizar o sistema de saúde, inclusive a emergência. Disponibilizar clínicas de urgência com maior abrangência e manter os postos de saúde com um horário que responda às demandas da população proporcionaria mais opções para os pacientes. É importante que se desenvolva uma interface de comunicação entre os serviços de atenção primária e os de emergência e que os pacientes percebam que o acesso é mais facilitado quando o primeiro atendimento é realizado em local próximo à sua casa, onde, como membro do conselho gestor, teria condições de interferir para melhorar a estrutura.

Há necessidade de identificar as características de fluxo de pacientes e o que está ocorrendo com o sistema de atenção primária das regiões de que provêm o maior número de pacientes – no trabalho da emergência do HNSC, ficou evidenciado que o bairro Sarandi e a cidade de Alvorada têm problemas de resolutividade no atendimento do nível primário.

7.3 - Satisfação com o atendimento no serviço de emergência do HNSC

Os pacientes relataram, através de três instrumentos de satisfação, que aprovam o atendimento, especialmente aqueles que apresentaram problema considerado urgente ou emergência. Uma forma de interpretar este resultado é a hipótese de que a satisfação referida pelos pacientes se deve à baixa expectativa que a população deposita no atendimento dos serviços públicos e à sua capacidade de identificar o Serviço de Emergência do HNSC como um local em que há resolutividade. Um dos grandes problemas identificados pelos pacientes em relação ao serviço de emergência do HNSC foi reflexo da superlotação, falta de profissionais e conseqüente demora no atendimento. Um estudo mostrou que pacientes categorizados como casos sem urgência foram tratados de forma menos eficiente do que os classificados como de maior urgência, o que geralmente é uma fonte de insatisfação (54). No entanto, apenas 1/3 das pessoas que consultaram na emergência do HNSC referiram que já pensaram em reclamar. A principal razão para reclamar foi a existência de funcionários grosseiros, o que demonstra que os profissionais de saúde necessitam melhorar a habilidade de comunicação.

O diagnóstico de uma condição e o entendimento dos seus efeitos na vida de um paciente dependem do ambiente do serviço de saúde: ele deve criar condições que possibilitem, ao paciente, transmitir acuradamente a sua mensagem e, ao médico, por sua vez, receber esta mensagem. Formas de comunicação verbal e não-verbal podem ser utilizadas para tal. Uma boa comunicação, além de auxiliar a estabelecer uma relação efetiva entre o médico e o paciente, tem efeito importante no desfecho da consulta. Num serviço de emergência, é praticamente impossível que estas características sejam preenchidas. As habilidades de comunicação numa consulta médica devem incluir os seguintes pontos:

- identificar por quê o paciente veio consultar;
- desenvolver um entendimento compartilhado do problema com o paciente;
- considerar outros problemas importantes na faixa etária;
- encorajar o paciente a participar do processo de tomada de decisão.

O problema principal para medir a satisfação do paciente é a sua relutância em expressar qualquer crítica ao médico. Apesar de a informação sobre satisfação dever ser interpretada com muita cautela, existem bons motivos para questionar os pacientes sobre o que eles acham do atendimento. Donabedian identifica satisfação como um dos objetivos do atendimento. Ela pode ser interpretada como o próprio desfecho do atendimento (134). Além disto, ela auxiliará no tratamento, considerando que o paciente satisfeito tem mais probabilidade de aderir aos

aconselhamentos e prescrição fornecidos pelo médico e, caso tiver sido um manejo adequado, é mais provável a melhora da condição. Acima de tudo, a satisfação é um julgamento realizado pelo paciente sobre a qualidade do atendimento recebido, e é ele a única pessoa que pode dizer como está se sentindo ao envolver-se num tratamento proposto por um médico específico (135,136,137,138).

7.4 - Acesso ao atendimento médico continuado

Várias publicações mostram que pacientes com uma fonte regular de atendimento utilizam o serviço de emergência mais apropriadamente. A forma episódica de atendimento numa emergência não possibilita uma visão abrangente do paciente e torna o cuidado mais caro tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde (73,74,75,76,77,78,82,83,84,117,121,122). O uso regular de uma fonte de atendimento tem sido considerado tanto uma medida como um determinante do acesso ao serviço de saúde. Ele se caracteriza como um componente estrutural do sistema de saúde, para certos autores (139,140). Outros definem acesso como o uso de serviços de saúde no momento adequado para conseguir o melhor desfecho de saúde possível (141).

A continuidade da relação entre médico e paciente tem como pressuposto básico aumentar a qualidade do atendimento. Uma das razões pelas quais a continuidade do atendimento leva a aspectos positivos é o fato de possibilitar que

o médico tenha um conhecimento acumulado em relação ao paciente, identificando aspectos clínicos relevantes que caracterizam uma emergência: em outras palavras, o médico torna-se um especialista naquele paciente específico. A influência da continuidade do atendimento no uso de recursos é importante tanto do ponto de vista individual como no aspecto gerencial.

Para que o médico que atua em atenção primária possa trabalhar de forma abrangente, personalizada, contínua e participativa, é necessário trabalhar numa equipe interdisciplinar e num sistema de saúde que facilite uma relação continuada com um grupo populacional bem definido. O local e o ambiente de trabalho devem possibilitar uma interação com a comunidade próxima dos pacientes, que devem ter a ele fácil acesso. O papel de coordenação do médico de atenção primária permite que o acesso direto ao médico especialista não ocorra com a frequência com que ocorre atualmente e que aconteça naqueles casos realmente necessários, tanto quanto possível. Isto irá ensejar uma utilização mais efetiva e de menos custo dos serviços especializados e hospitalares.

Mesmo que o custo direto de uma consulta em clínica geral seja modesto, cada uma delas pode gerar grandes gastos na forma de prescrição, testes laboratoriais, encaminhamentos e atestados. Deve-se levar em conta que o tempo economizado numa consulta rápida da emergência pode levar ao uso de alta tecnologia, a internação não necessária e, muitas vezes, não possibilitar uma maior resolutividade.

Os pacientes que habitualmente consultam no SSC e necessitaram consultar na emergência do HNSC caracterizaram-se como tendo um médico definido na maioria das vezes e apresentaram com mais frequência um desfecho que levou a internação ou permanência na observação. Estes resultados demonstram que pacientes com acesso aos serviços de atenção primária organizados têm mais chance de consultar um serviço de emergência quando seu caso é, de fato, um problema sério. A resolutividade destes serviços de APS estão associados com a disponibilidade dos serviços de saúde, da tecnologia apropriada para exames e intervenções e oferta de medicamentos. No entanto, não houve diferença significativa na categorização de urgência/emergência entre os pacientes que habitualmente consultam em outros postos e aqueles que costumam consultar num SSC. A interpretação para este dado fica limitada em função de um número pequeno de pacientes que tinham um médico vinculado ao SSC – isto poderia ser uma indicação de que o SSC previne o uso da emergência desnecessariamente. Por outro lado, o tamanho da amostra calculado não levou em conta este aspecto em particular e o mais provável é que tenha ocorrido um baixo poder estatístico para identificar uma diferença significativa.

Os pesquisadores têm identificado a fonte de atendimento continuado como um dos preditores mais fortes de acesso a serviços de saúde (141,142,143,144,145,146). Estudos têm mostrado que acesso a um médico definido que atue em atenção primária está associado com um melhor acesso aos serviços de saúde como um todo (147,148,149).

Nos EUA, o grupo de pessoas que têm um médico definido, em geral, têm um nível sócio-econômico mais alto do que a média (150,151). No estudo da emergência do HNSC, não se constatou diferença entre a média de salário das famílias dos pacientes que referiram consultar com um mesmo médico daqueles que não o fizeram. Visto que as pessoas que consultam a emergência do HNSC constituem usuários do SUS, tal dado não pode ser generalizado para toda a população. É provável que, em âmbito nacional a população que tem médico definido também se caracterize por apresentar um melhor nível sócio-econômico e, portanto, tenha condições de pagar consultas particulares.

Um ensaio clínico randomizado em que se compararam os efeitos da prestação de serviços continuados com os não continuados em homens com idade de 55 anos ou mais mostrou que o desfecho no grupo que tinha continuidade foi significativamente diferente do que no grupo que tinha atendimento sem continuidade, nos seguintes aspectos: menor taxa de internação (20% vs 39%) e menor média do período de internação (15.5 vs 25.5 dias). Os primeiros também percebiam que os médicos que atendiam de forma continuada tinham maior interesse na educação do paciente. Foi concluído que a continuidade no atendimento ambulatorial permite uma maior satisfação do paciente, hospitalizações mais curtas e taxas menores de internação (152). A continuidade do atendimento pelo médico tem demonstrado os seguintes desfechos: paciente e equipe de saúde aumentam a satisfação e são eliminados os efeitos negativos relacionados a qualidade de atendimento. Se a continuidade no atendimento do médico altera tanto o processo como o desfecho do atendimento médico, o

resultado da continuidade deve ser mais evidente com aquelas pessoas que freqüentemente visitam os médicos. Assim, a organização do sistema de saúde pode administrativamente afetar as características do atendimento médico.

Como ficou demonstrado na pesquisa da emergência do HNSC, deve ser enfatizada a continuidade do atendimento por um médico definido. Observou-se que o atendimento continuado influencia positivamente algumas atitudes dos pacientes sobre a qualidade do atendimento que recebem. Os efeitos adversos da falta de continuidade no atendimento médico podem refletir no aumento do número de dias hospitalizados e na insatisfação (152).

Lambrew, Defriese, Carey et al. (1996) que estudaram os efeitos de ter um médico definido sobre o acesso a atenção primária, também concluíram que indivíduos com atendimento por um médico definido tinham melhor acesso a uma fonte de atendimento definido do que os que não dispunham dele (151). Da mesma maneira, o estudo da emergência do HNSC mostrou que os pacientes que referiram ter um médico regular têm mais chance de consultar na emergência devido a um problema de emergência verdadeira.

Franco, Mitchell e Buzon (1997) demonstraram que o acesso a médicos de atenção primária reduz a utilização de serviços de emergência, onde diminuíram o número de consultas (10% para 7,6% - $p=0,00005$) e as consultas por problemas não urgentes (41% para 84% - $p < 0,00001$) (45). Esta evidência demonstra a necessidade de que o atendimento seja continuado e coordenado. Estudos têm

mostrado que até $\frac{3}{4}$ das visitas em serviços de emergência são por problemas não urgentes, que podem ser mais efetivamente manejados se tratados em atenção primária (45,118,121,122,123). O estudo no Serviço de Emergência do HNSC também demonstrou estes achados.

A especialidade mais freqüente do médico definido foi médico de família e clínico geral; no entanto, 55% referiram ter um especialista como seu médico definido. No Brasil, existe um número insuficiente de médicos com formação geral, e a população não tem acesso universal a médicos que trabalhem com enfoque de atendimento integral, com ênfase na prevenção e atendimento personalizado (21). Na sociedade brasileira, o médico especialista ainda é considerado o verdadeiro médico. A falta de acesso e esta imagem de que o melhor médico é o especialista ainda levam a comunidade a procurar com maior freqüência tal profissional. A razão para não ter consultado com o médico que costuma consultar na consulta que realizou na emergência foi, principalmente, por este não estar disponível e a emergência caracterizar-se como um local de fácil acesso. No entanto, aqueles pacientes que foram encaminhados pelos médicos, em comparação com os auto-referidos, não tiveram um percentual mais elevado de médico definido. Como o perfil da população entrevistada é jovem, justifica-se que a principal razão apresentada para não ter um médico definido tenha sido o fato de o paciente não ter um problema de saúde grave o suficiente para ter um médico definido.

O uso do modelo de regressão logística identificou quais as variáveis independentes determinantes para ter um médico definido: consulta habitual em atenção primária em saúde, consulta definida como emergência ou urgência e afastamento do trabalho. Este resultado caracteriza a importância de serviços de atenção primária para que ocorra a continuidade no atendimento dos pacientes. Nesta mesma direção, ficou evidenciado que os pacientes, ao referirem ter médico definido, tinham duas vezes mais chance de considerar o número de consultas suficiente para ter uma boa saúde (IC95%=1,32-2,87), quando comparados com os que não tinham médico definido.

O fato de o atendimento de primeiro contato ocorrer num serviço de atenção primária aumenta a probabilidade de os pacientes consultarem com um médico geral, que utiliza menos procedimentos, e de diminuir a frequência de eventos adversos (9). A pesquisa realizada na emergência do HNSC também evidenciou que aqueles pacientes que consultam em postos de saúde têm mais chance de ter um médico definido.

O posto de saúde foi procurado como local de atendimento por apenas ¼ dos pacientes, o que mostra que o atendimento ambulatorial continua muito concentrado nos hospitais. Os pacientes que consultam no SSC têm características particulares e diferentes das dos outros postos de saúde. Lá eles costumam consultar com mais frequência com o mesmo médico, e a consulta ao serviço de emergência destes pacientes levou com maior frequência a um

desfecho de internação ou de permanência na sala de observação do que os que consultaram em outros postos.

A estimativa da probabilidade da consulta ser de emergência ou de urgência apresentou associação significativa com as seguintes variáveis independentes, segundo o modelo de regressão logística: pacientes internados ou em observação, pacientes que costumam consultar com o mesmo médico e pacientes que foram de carro até a emergência. A variável habitualmente consulta em serviço de atenção primária deixou de ser estatisticamente significativa ao ser colocada no modelo de regressão logística. Este resultado permite afirmar que os pacientes com médico definido têm três vezes mais chance de consultar por um problema considerado como emergência ou urgência no serviço de emergência do que aqueles que não têm. Em outras palavras, uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência é o paciente ter um vínculo com um médico definido. No entanto, os pacientes que referiram que o local onde habitualmente consultam foi o posto de saúde não evitam, necessariamente, a utilização de um serviço de emergência por um motivo considerado programado.

Conforme o esperado, a estimativa da probabilidade de internar ou de ficar em observação estava associada à consulta categorizada como de emergência ou urgência pelo médico emergencista. Os pacientes que referiram ter continuidade de atendimento pelo mesmo médico apresentaram uma característica própria: a

de consultarem no serviço de emergência apenas quando o seu problema realmente foi considerado de emergência ou urgência.

Vários fatores desempenham papel na decisão do paciente utilizar um serviço de emergência. Quando os pacientes decidem consultar, provavelmente definem o seu problema como de emergência, ou se preocupam com os sintomas que apresentam por um período prolongado, julgando que merecem uma providência imediata. Algumas pessoas referem que o serviço de emergência é o recurso habitual de atendimento e acham apropriado procurar este local para problemas de saúde de rotina. Estes resultados encontrados na pesquisa do Serviço de Emergência do HNSC também foram encontrados em outros estudos (75). Chama a atenção que o encaminhamento realizado pelo médico ou pelo familiar para o Serviço de Emergência do HNSC foi identificado com uma proporção semelhante de consulta considerada como de emergência ou urgência.

Os pacientes que não têm recurso médico regular fora da emergência têm mais probabilidade de apresentarem-se com condições não urgentes. Outros pacientes preferem ir à emergência em vez de a uma fonte alternativa de ambulatório, porque ela está aberta 24 horas por dia e tem uma abrangência de atendimento maior do que os postos de saúde. O estilo de atendimento dos médicos também pode contribuir para visitas desnecessárias à emergência.

Os esforços para expandir o acesso a serviços de atendimento primário podem ter pequeno impacto na utilização de serviços de emergência por

condições não urgentes, caso os pacientes acreditem que os seus problemas constituem uma emergência. As pessoas irão usar os recursos de saúde de acordo com as suas necessidades percebidas e não de acordo com as expectativas dos gestores do sistema. Se essas atitudes não podem ser modificadas, a sobrecarga em serviços de emergência exigirá o desenvolvimento de critérios objetivos para identificar pacientes que podem ser triados de uma forma segura para o serviço de atenção primária. Devem-se desenvolver estratégias para uma maior motivação dos médicos e dos pacientes para resolver os problemas dos pacientes no ambiente de um posto de saúde.

A maioria dos pacientes que compareceram ao serviço de emergência acreditavam que requeriam atendimento imediato; no entanto, grande parte não apresentava condição de emergência, segundo os critérios da resolução do CFM 1451 (103). O desejo dos pacientes em procurar um atendimento imediato, as barreiras para utilizar serviços de atenção primária e os encaminhamentos pelos médicos contribuem para a utilização das emergências para condições não urgentes. Estudo de revisão médica realizado para identificar a gravidade dos casos que consultaram num serviço de emergência apresentou as mesmas conclusões (82).

Outro estudo considerou como urgentes os seguintes critérios: internação no hospital, consultas com acidentes e lesões que levaram a consultar imediatamente, procedimento cirúrgico realizado durante a consulta, um médico ter encaminhado o paciente para a emergência, o paciente ter chegado à

emergência de ambulância ou a pessoa ter ido à emergência após um período de três dias com sintomas relatando a sua condição como muito séria. Todas as outras consultas foram consideradas como não urgentes (34). Isto mostra que, para cada circunstância, deve ser considerada a forma de avaliar os critérios de emergência numa população que utiliza a emergência. No contexto brasileiro, sabe-se que, certamente, a chegada ao serviço de emergência através de ambulância não deve ser valorizado, necessariamente, como um caso de emergência.

Os países que dispõem de um sistema de saúde orientado para atenção primária conseguem melhores níveis de saúde, maior satisfação com os serviços, bem como custos menores. Uma maior extensão de serviços de atenção primária leva a um sistema de saúde mais efetivo. No Brasil, o Programa de Saúde da Família é uma tentativa de incentivar o desenvolvimento de atenção primária, especialmente em populações sem acesso a serviços de saúde e também tem o intuito de racionalizar os gastos dos serviços de saúde.

O mecanismo pelo qual a atenção primária opera na melhora do nível de saúde está relacionado, pelo menos em parte, com o papel de guardador da porta (“gatekeeper”). A característica de primeiro contato do médico definido implica que o paciente não consulte com um especialista sem uma recomendação do médico geral. Considerando-se que o especialista utiliza muito mais testes e procedimentos e que todas as intervenções têm um risco de complicações iatrogênicas, assim como de custo, a posição do médico geral é possibilitar que

ocorra a redução tanto de procedimentos desnecessários como de eventos adversos (10,24,25).

Diversos autores mostraram que as consultas numa emergência foram entre 2,5 e 3 vezes mais caras do que as consultas realizadas nos postos de saúde. O custo mais elevado na emergência do hospital reflete o uso mais intenso de equipe de saúde e de equipamento. Baseado nestes achados, os casos não urgentes tratados no nível ambulatorial poderiam resultar em economia para o sistema de saúde (82). Os dados do centro de custo do Hospital N.S. da Conceição disponíveis são contrários aos dados apresentados na literatura. O valor da consulta na emergência é, em média, de R\$ 30,00, enquanto que o valor da consulta do Serviço de Saúde Comunitária é, em média, de R\$ 44,00. Estes valores, que indicam uma consulta mais cara no atendimento primário, devem ser interpretados com muita cautela, tendo em vista que os critérios de avaliação das consultas deveriam levar em conta o tempo da consulta, a resolutividade, a abrangência e a utilização de tecnologias adequadas ou simplificadas em postos de saúde de serviços comunitários. Portanto, a planilha dos custos não leva em conta aspectos específicos do trabalho no nível de atenção primária. É necessário realizar mais pesquisas de custo no nosso meio, onde se compare, através de um sistema mais abrangente, o valor da consulta na emergência, num posto de saúde convencional e num serviço comunitário.

O estudo da emergência do HNSC mostrou que as pessoas que consultam em postos de atenção primária têm quatro vezes mais chances de consultar com

um médico definido do que as que consultam em um hospital. Quando os dados foram estratificados por idade, sexo, dia da semana da consulta, desfecho e característica da consulta classificada pelo médico emergencista, evidenciou-se que nenhuma destas variáveis se caracterizou como possível fator de confusão na associação entre o hábito de consultar num serviço ambulatorial e o costume de consultar com o mesmo médico.

7.5 – Doenças na emergência

No estudo realizado na emergência do HNSC, o motivo de consulta e o diagnóstico mais freqüente foi dor abdominal. Por apresentarem algum tipo de dor, 50% dos pacientes requeriam pronto atendimento e investigação para possibilitar o diagnóstico. Como em outros estudos, evidenciou-se nesta pesquisa que a prioridade de uma emergência é realizar tratamento sintomático (especialmente com medicações analgésicas). Cabe destacar que a investigação diagnóstica não é muito enfatizada no setor de emergência (152,153).

Os diagnósticos mais freqüentes nos pacientes considerados casos de emergência foram: diarreia infecciosa e SIDA (10%), asma (8%), angina pectoris (7%), dor abdominal com investigação cirúrgica (7%) e insuficiência cardíaca (6%). Já nos pacientes classificados como consulta programada, os diagnósticos mais freqüentes foram: cefaléia (8%), revisão de saúde (6.5%), dor abdominal sem investigação cirúrgica (6%), dor lombar (6%) e furunculose (4%). Estes resultados

mostram claramente que os dois subgrupos são bastantes distintos e que eles devem ser manejados com estratégias específicas na organização do fluxo das emergências.

Em 4% das consultas consideradas como programadas e em 13% das consultas de emergência, o paciente apresentou queixas do sistema cardiovascular, tendo-se constatado uma diferença estatística significativa. Em outras palavras, quando o paciente apresenta queixa relacionada com o sistema cardiovascular num serviço de emergência, existe uma possibilidade 3 vezes maior que em outros casos de que a consulta seja de emergência (RC=3,32 IC95%=1,18-9,48). Um estudo de caso-controle mostrou que o determinante mais importante de hipertensão não controlada foi a não disponibilidade de uma fonte de atenção primária (154).

Antes de decidir consultar com os médicos, os pacientes habitualmente tentam diagnosticar e tratar os seus próprios problemas. De acordo com a literatura, cerca de um terço dos americanos procuram atendimentos alternativos, 30% das pessoas tomam medicações não prescritas ou fazem autocuidado para problemas para os quais nenhum médico foi consultado (153). Quanto ao início dos sintomas, o estudo da emergência do HNSC mostrou que, para 27% dos pacientes, eles iniciaram no mesmo dia da consulta; para 35%, ocorreram na semana anterior à consulta; para 23%, no período de 1 a 3 semanas; para 11%, no período de 1 a 3 meses e, para 4%, duravam já há mais de 3 meses. Ao estratificar a amostra por diagnóstico, constatou-se que os pacientes com asma

aguardaram, em média, 2 dias (DP=2); os com amigdalite, em média, até 3 dias (DP=1,6); os com lombalgia, em média, até 16 dias (DP=26) e os que vieram para uma revisão clínica aguardaram, em média, 23 dias (DP=30) até decidirem consultar. Resultados semelhantes foram obtidos no “National Ambulatory Medical Care Survey” dos Estados Unidos, que mostrou que os pacientes com sintomas de infecções agudas consultam num ambulatório após apresentarem sintomas por 6 dias; os pacientes com problemas subagudos (cefaléia ou dor nas costas) consultam num ambulatório 7 dias após terem iniciado os sintomas (153).

Dentre os fatores de risco de doenças cardiovasculares, o fumo e a obesidade tiveram prevalência de 30%, enquanto o sedentarismo evidenciou-se em 69% dos pacientes que consultaram na emergência. A hipertensão foi identificada em aproximadamente 20% das pessoas, uma freqüência levemente superior àquela identificada na população do Rio Grande do Sul, que é 12,9% (93). Apenas em metade dos serviços em que estes pacientes habitualmente consultam foi realizado algum comentário sobre os malefícios do hábito do fumo, embora se saiba que um comentário do médico durante a consulta é fundamental para modificar este hábito. Nos EUA, cerca de 40% do tempo dispendido nas consultas médicas é dedicado ao aconselhamento (educação em saúde e prevenção primária) (153). Os resultados da presente investigação mostram a necessidade de a população que consulta na emergência deva receber orientação sobre os fatores de risco de doença cardiovascular.

A prevalência de angina, definida pelo protocolo Rose, foi de 13%, embora se saiba que este teste de rastreamento pode incluir falsos positivos especialmente entre as mulheres, que tiveram um percentual de angina mais elevado que os homens. Angina pectoris é problema comum em pacientes com mais de 50 anos. O estudo de Framingham indicou que somente cerca de 25% dos pacientes admitidos com infarto do miocárdio têm história óbvia de angina (155). Dor no peito aguda representa uma das razões mais comuns e mais onerosas para hospitalização, mesmo que aproximadamente 2/3 de todos os pacientes que vão ao serviço de emergência com dor no peito não tenha infarto do miocárdio e mais do que 1/3 não mostre qualquer evidência de isquemia cardíaca aguda (156).

Lee, Weinberg e Cook (1987) constataram que, dentre os pacientes que consultam no serviço de emergência relatando dor no peito, aproximadamente 15% têm doença cardíaca isquêmica aguda, muito próximo do percentual encontrado no trabalho da Emergência do HNSC (157).

Nos EUA, mais de 6 milhões de pacientes consultam, ao ano, nos serviços de emergência com dor no peito (158), o que representa um custo de atendimento hospitalar desnecessário de 3 bilhões de dólares ao ano (159). Além disso, aproximadamente 20 mil pacientes que consultam nos serviços de emergência são inapropriadamente encaminhados para casa a cada ano (160). Tais dados evidenciam a necessidade de que se realizem pesquisas para melhorar o

diagnóstico e de que se desenvolvam estratégias de triagem que resultem em um atendimento médico mais efetivo.

Raros foram os diagnósticos de alcoolismo, apesar de este ser um problema de saúde prevalente. Isso se deve, provavelmente, ao fato de os médicos investigarem pouco o hábito de consumo de álcool (apenas quatro pacientes foram identificados com problemas de álcool, segundo informações constantes dos boletins de atendimento) e ao fato de os pacientes não relatarem espontaneamente o problema (apenas dois pacientes informaram sobre o seu problema com o álcool quando questionados sobre o motivo da consulta). O CAGE foi positivo em 16% dos pacientes atendidos na emergência do HNSC, uma frequência muito próxima da prevalência de alcoolismo entre pacientes de um outro estudo de ambulatório, também estimado pelo CAGE em 17,2% (161). Por outro lado, um estudo de morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre – um estudo populacional – mostrou uma frequência de alcoolismo de 8,8% (162,163). Numa observação inicial, parece que os dados são contraditórios; no entanto, isto pode dever-se a um viés de seleção, visto que os pacientes em ambiente de serviços de saúde têm uma prevalência mais elevada do que aqueles da comunidade. Berkson observou, em 1946, que os transtornos psiquiátricos tendem a ter uma estimativa maior em estudos com base ambulatorial se comparados aos de base populacional, fenômeno que se consagrou na literatura como “Berkson bias” (164,165).

De acordo com a informação do boletim de atendimento, apenas quatro pessoas foram diagnosticadas com o problema ansiedade, e também um número pequeno de pacientes referiu espontaneamente este sintoma; no entanto, a frequência de pacientes que apresentavam problema psiquiátrico menor, de acordo com o SRQ, foi bastante elevado (metade das mulheres e um terço dos homens). Estes dados demonstram que problemas psiquiátricos em emergências médicas são altamente prevalentes e, na maioria das vezes, não são referidos pelos pacientes. O médico pode até perceber que o componente psicológico é importante num determinado paciente, porém muitas vezes não o comunica a ele e, na maioria das vezes, não encaminha para tratamento específico. Situação semelhante evidenciou-se no programa ECA – “Epidemiological Catchment Area Program” (Programa Epidemiológico de uma Área de Captação), que envolveu cinco cidades americanas, em que se constatou uma alta frequência de respondentes com evidências de doenças mentais tratáveis que não recebiam nenhum tipo de tratamento. A doença depressiva, por exemplo, fora, no programa ECA, tratada em menos de 40% dos pacientes identificados (166).

Portanto, abuso de álcool e problema de saúde mental foram muito prevalentes no Serviço de Emergência do HNSC, apesar da pequena investigação que estes transtornos mereceram por parte dos médicos da emergência: menos de 10% das consultas foram investigadas em relação a estes aspectos. Os pacientes com problemas de saúde mental provavelmente tornam-se dependentes dos serviços de uma emergência para as suas necessidades médicas, em vez de abordagens mais saudáveis.

Estima-se que cerca de 15% da população geral dos EUA apresenta pelo menos uma desordem de ansiedade pelo DSM-III em algum momento da vida. As mulheres têm, consistentemente, duas vezes mais que os homens cada uma das desordens de ansiedade, como também foi evidenciado na pesquisa da emergência do HNSC. Os custos das desordens de ansiedade são elevados: além dos que decorrem da utilização dos serviços, é necessário referir também os custos sociais indiretos resultantes da incapacitação causada por esta morbidade – alta taxa de dependência financeira e de desemprego e abuso de álcool (167).

O programa ECA mostrou uma prevalência de doença mental na população em torno de 20% e, no estudo de morbidade psiquiátrica em Porto Alegre, verificou-se uma prevalência estimada de 49% (162,166). Já o estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras estimou uma demanda potencial (DPE) de 20% a 35% e taxas de prevalências globais (EPG), incluindo qualquer nível de sintomatologia, entre 30 e 50%. As estimativas de demanda potencial identificadas no estudo multicêntrico foram confirmadas pelo estudo da emergência do HNSC (162,163).

7.6 - Comparação entre final de semana e durante a semana

Os pacientes atendidos durante a semana eram mais jovens, apresentavam os sintomas, em média, há mais tempo, usavam o ônibus como meio de

transporte mais freqüente, no deslocamento até a emergência levavam um tempo maior e referiram um grau de satisfação menor do que aqueles que foram atendidos no final de semana.

Os moradores de Porto Alegre vêm mais freqüentemente no final de semana, provavelmente porque têm um posto de saúde mais resolutivo durante a semana. Os que vêm da Grande Porto Alegre consultam mais freqüentemente durante a semana, provavelmente porque o sistema de atenção primária em saúde é menos resolutivo do que o de Porto Alegre.

7.7 - Preenchimento dos boletins de atendimento

Os boletins de atendimento e a qualidade dos registros proporcionam um instrumento de avaliação da qualidade de um serviço de emergência. Pode-se afirmar que a qualidade de preenchimento dos boletins da Emergência do HNSC é inadequado em alguns itens, fato que pode ser, em parte, atribuído à superlotação.

A avaliação das anotações dos boletins de atendimento mostrou um baixo registro dos sinais vitais, e a impressão diagnóstica foi registrada em apenas um terço dos boletins. Os boletins, além de serem mal preenchidos, não contribuem para o atendimento continuado dos pacientes no serviço ambulatorial e também não possibilitam discriminar os problemas identificados na consulta realizada.

Boletim de atendimento mal preenchido tem o inconveniente adicional de não auxiliar a defesa do médico no caso de uma eventual situação de erro médico. Para um melhor atendimento na emergência, é necessário que seja desenvolvido um sistema de informação que possibilite prestar um atendimento continuado ao paciente.

7.8 - Determinantes da utilização do Serviço de Emergência do HNSC

Os pacientes geralmente procuram os serviços de emergência por queixas que os médicos relatam como não urgentes, o que contribui para a superlotação das emergências, um dos problemas do HNSC. Vários fatores interferem na decisão do paciente em utilizar uma emergência. Os pacientes têm mais probabilidade do que o médico para definir o seu problema como urgente. Alguns clientes de serviços de emergência relatam este local como a sua fonte usual de recurso e acham adequado procurar atendimento por problemas médicos de rotina. Os resultados desta pesquisa foram consistentes com a literatura: os pacientes que não têm uma fonte regular de atendimento médico fora das emergências também têm mais probabilidade de consultar por uma condição não urgente (1,22,81,82,83,120,121). Outros pacientes preferem ir a uma emergência em vez de a uma fonte alternativa de atendimento ambulatorial porque ela está aberta 24 horas por dia e porque é considerada pela população um serviço mais resolutivo do que os postos de saúde.

No presente estudo as variáveis que foram determinantes da utilização do Serviço de Emergência, após análise multivariada, foram pacientes que internaram ou ficaram na observação (que caracteriza percepção de gravidade pelo médico), os que foram de carro e os que tem um médico que costumam consultar. Na análise de consultas de emergência como a variável dependente, deve-se levar em conta que internação é uma consequência, ou um marcador de ser consulta de emergência, e portanto muito questionável para ser incluída no modelo final para o estudo das causas de consulta de emergência. Esta abordagem enfraquece (diminui o poder) da análise. É possível que com uma nova abordagem de análise algumas variáveis que perderam a significância continuem a ser estatisticamente significantes.

Dentre os fatores psicossociais que afetam o uso do serviço de emergência, identifica-se a qualidade da rede social. No estudo da emergência do HNSC ficou demonstrado que a opinião dos familiares é importante no processo de decisão em procurar um atendimento médico, e a maioria das consultas foram realizadas em companhia de um familiar próximo. O estresse sócio-econômico, os problemas psiquiátricos e a falta de apoio social geram uma utilização não urgente de serviços de emergência (113).

Um outro aspecto a ser considerado é o fato de que a realização de investigação através de exames complementares implica aumentar o tempo de permanência nas emergências, o que também deve ser levado em conta para

uma adequação da organização funcional desse serviço. Recursos materiais e humanos compatíveis, assim como habilidades e atitudes adequadas, podem contribuir para reduzir o tempo de estada dos pacientes em hospitais de emergência. O número de exames laboratoriais realizados no serviço de emergência do HNSC não pareceu ser acima do esperado.

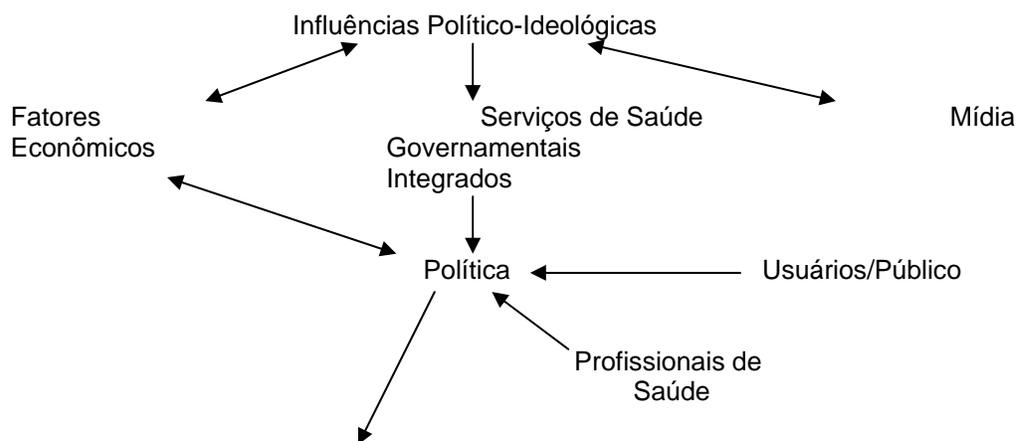
Provavelmente, a primeira constatação básica num trabalho de saúde pública é que os problemas de saúde não têm uma distribuição ao acaso, nem a frequência de doenças tem uma distribuição homogênea na população. Esta frequência e distribuição podem ter um perfil de morbidade e mortalidade que lhes é característico. É fácil constatar que os perfis de problemas prioritários de saúde têm mudado ao longo da história. Neste sentido, a situação de saúde tem relação com os processos mais gerais da sociedade, com o desenvolvimento de suas forças produtivas, com suas formas de se organizar a produção e distribuição de bens e serviços e com suas formas de organização política. Em outras palavras, a situação de saúde de uma população guarda relação com o “momento histórico” em que uma sociedade se encontra (168).

Um grupo de trabalho vem desenvolvendo uma avaliação do fluxo de atendimento na Emergência do HNSC através de uma simulação computacional. Trata-se de uma técnica de pesquisa operacional que envolve a criação de um programa computacional que representa alguma parte do mundo real de forma tal, que experimentos no modelo original predizem o que acontecerá na realidade. A simulação reduz os riscos e custos envolvidos em um processo de mudança, uma

vez que eles podem ser pré-determinados antes da efetiva mudança ocorrer (169). Este instrumento visa auxiliar a tomada de decisão com base em modelos mais adequados para solucionar problemas crônicos.

A introdução, no país, de um sistema de saúde que proporciona a cobertura universal à população tem levado a sociedade a enfrentar um desafio de como manter os padrões de qualidade no atendimento público. As respostas que se esperam dos serviços de saúde é que a eficiência das ações seja cada vez mais evidente e que as necessidades de saúde da população sejam mais respondidas. Programas de educação podem, como mostraram Benz e Shank, reduzir a utilização inadequada de serviços de emergência pela população (170).

Cabe ao governo definir a política de saúde do país através da implementação dos achados das pesquisas. Dentre as metas a serem alcançadas, devem constar as seguintes: melhorar a saúde da população, melhorar a eficiência e a efetividade dos serviços e limitar os gastos em saúde (171,172,173,174). Deykin e Haines (175) apresentam a relação entre política de saúde, pesquisa e implementação (Figura 22).



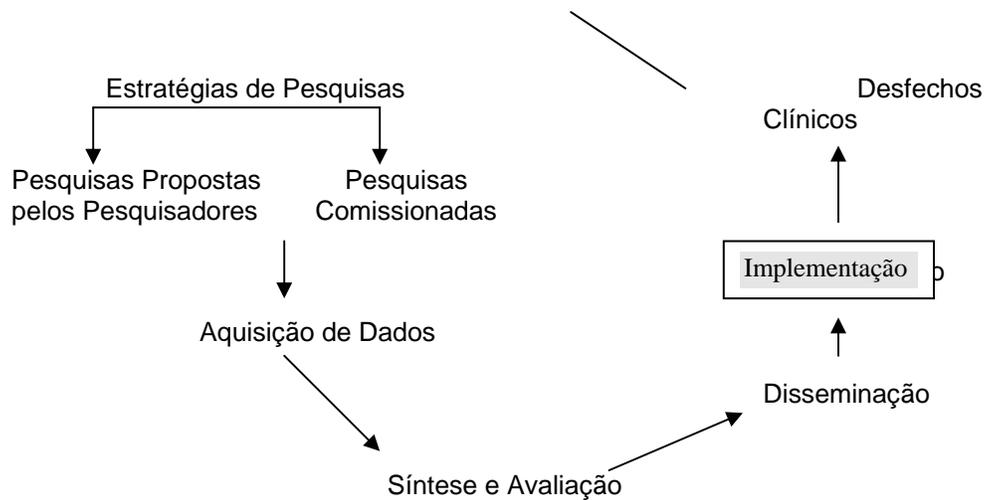


Figura 22- Relação entre Políticas de Saúde, Pesquisa e Implementação

É conhecido o fascínio dos americanos pela tecnologia e sua crença, não realística, na contribuição que ela é capaz de dar à saúde. Esta crença é reforçada pelos relatos freqüentes das novas descobertas e de curas milagrosas (172,176). Certamente os brasileiros também têm esta concepção, e muitas vezes esta é a razão principal da procura por um hospital que apresenta esta alta tecnologia. Avanços na medicina levam à expectativa de que o sistema de saúde tem o compromisso de resolver praticamente todos os problemas. Muitas pessoas, no entanto, não percebem que as melhorias na saúde requerem também mudanças no seu comportamento pessoal. Além disso, a crença oriunda de uma cultura dependente e paternalista leva a que os pacientes evitem qualquer responsabilidade para com a sua própria saúde, um equívoco que se traduz em impossibilidade para conseguir uma solução viável para o setor da saúde.

A tendência de tornar disponíveis melhores equipamentos diagnósticos tem aspectos positivos (testes mais acessíveis e com melhor habilidade diagnóstica) e negativos (incentivo ao uso indiscriminado, sem critérios, com interesse pelo lucro) (176). Os gestores do setor saúde e a corporação médica devem aplicar a metodologia científica para avaliar a efetividade de cada nova descoberta, a relação custo-benefício, especialmente num momento em que a racionalização dos serviços públicos deve ser enfatizada.

Um grande número de usuários da Emergência do HNSC referiu que escolheu este serviço porque ele é bom, e este, provavelmente, é um dos fatores mais importantes no processo de decisão – a imagem de qualidade do serviço procurado. Existem ainda inúmeros outros fatores de atração para utilização da emergência, como, por exemplo, gratuidade e resolutividade do problema de saúde.

Qualquer proposta que vise restringir a disponibilidade pelo controle de suprimento ou utilização deve ser vista como uma proposta para diminuir a qualidade. Para entender o conceito de qualidade, devem ser entendidas a natureza da tomada de decisão clínica e a prática médica corrente. A maioria das pessoas – inclusive muitos médicos - não toleram a incerteza inerente a muitas decisões clínicas. Poucas pessoas entendem o pouco que se sabe sobre a eficácia de muitos processos clínicos de rotina, ou quanto uma prática médica é justificada pela experiência do médico e não por uma evidência objetiva. Considerando que os pacientes não entendem a natureza da decisão clínica, eles

freqüentemente têm expectativas não realísticas da medicina e baixa tolerância para o erro. Isto implica que o público em geral não vislumbra qualidade como um assunto de efetividade ou serviço apropriado. Quando surgem notícias de gastos excessivos no sistema, por exemplo, ele costuma atribuí-los a fraude ou ineficiência. Vale lembrar que custos elevados são inerentes à prática médica.

Outro fator que deve ser identificado como determinante na utilização do serviço de emergência é a atuação da imprensa, que, em situações relacionadas a emergências e em situações de catástrofes, fornecem uma notícia inédita, inesperada e de interesse de muitos. O direito à comunicação é muito mais do que “liberdade de imprensa”, mesmo porque “liberdade” pode implicar omitir ou não buscar toda a informação. É necessário considerar os interesses dos profissionais ou usuários da comunicação, de um lado, e o bem geral da própria comunicação como serviço público, de outro. A sociedade tem prazer pelo trágico ou espetacular. É necessário um sistema de meios que salientem o positivo e evitem o negativo. Há valores éticos que devem ser atendidos na comunicação social, quais sejam: respeitar a dignidade e o valor da pessoa, tornar a humanização a meta dos meios de comunicação, buscar competência e revelar responsabilidade na emissão e recepção da comunicação e incentivar a liberdade de comunicação. Deve-se estar alerta ao poder manipulador da mídia, à deformação de valores e ao favorecimento de interesses escusos.

Os esforços para expandir o acesso ao atendimento ambulatorial alternativo podem ter pouco impacto no uso da emergência por condições não urgentes, se o

paciente acreditar que o seu problema constitui uma emergência. As pessoas irão utilizar os serviços de saúde de acordo com as suas necessidades percebidas e não de acordo com as expectativas daqueles que delinearão o sistema. A população irá ter uma mudança de atitude quando perceber que existe um sistema de saúde organizado e, por isso, devem-se desenvolver critérios objetivos para identificar os pacientes que, pelo problema que apresentam, podem ser triados para atendimento num serviço de atenção primária. Há relatos na literatura que mostram resultados positivos que têm sido obtidos com a estratégia de conceder incentivo financeiro a médicos para motivá-los a dar atendimento continuado aos pacientes no nível primário, em vez de encaminhá-los ao serviço de emergência (82).

A desorganização do sistema de saúde pode ser explicada, em parte, por problemas facilmente identificados, entre os quais incluem-se: má estrutura dos serviços públicos; duplicidade de atendimento (os pacientes podem ser atendidos em qualquer serviço quantas vezes acharem necessário, sem hierarquização); não comprometimento do serviço pelo atendimento continuado (atendimento fragmentado carente de organização que permita referência e contra-referência); atendimento curativo com enfoque apenas na queixa principal (o recurso humano no setor saúde não está preparado para lidar com a complexidade da situação); modelo de saúde que não privilegia o atendimento integral com ênfase na prevenção; e falta de hierarquização e regionalização dos recursos de saúde.

A falta de financiamento também é um fator que contribui para as cenas degradantes observadas nos hospitais públicos do país, que têm como protagonistas pacientes desesperados e profissionais constrangidos pela impossibilidade de prestar serviço digno. Existem, no entanto, exemplos a demonstrar que o gasto de mais dinheiro não resulta obrigatoriamente em melhor qualidade. O exemplo americano é o mais evidente: um baixo nível de saúde coletiva, e o sistema mais caro do mundo (173).

7.9 - Limitações do estudo

Os pacientes foram estudados num serviço de emergência e não nos serviços de atenção primária; portanto, as interpretações devem levar em conta que o perfil dos pacientes descritos é o de pacientes com problemas de saúde e espectro de doenças diferentes daqueles dos que são atendidos nos postos e nos ambulatórios de hospitais.

O Colégio Americano de Médicos Emergencistas apresenta um protocolo que lista 13 problemas clínicos como razões válidas para uma consulta de emergência. No entanto, sabe-se que a percepção do paciente de uma condição de emergência é um elemento importante na decisão de procurar atendimento num serviço de emergência. É considerada consulta apropriada neste serviço “uma condição não prevista de natureza fisiopatológica ou psicológica que se desenvolve numa pessoa leiga, que possui um conhecimento médio de saúde e

medicina e julga requerer atendimento médico urgente e sem programação, num serviço de emergência hospitalar, após considerar alternativas possíveis” (177).

Para decidir sobre onde obter o seu atendimento, os pacientes baseiam-se em aspectos subjetivos das suas próprias experiências, as quais refletem situações pontuais. No trabalho da Emergência do HNSC, a maioria dos pacientes referiram para o entrevistador que o seu caso era uma emergência. Os pacientes até podem ter referido que consideravam o seu caso uma emergência para poderem consultar com maior brevidade, mesmo depois que lhes foi esclarecido que a entrevista não modificaria o fluxo de atendimento. Esta pode ser uma razão para uma discrepância grande entre a percepção do médico emergencista e a do paciente desta pesquisa.

No presente estudo, obedecendo ao critério de exclusão estabelecido, foram eliminados da amostra os pacientes que apresentavam problemas de maior gravidade e os que não tinham condições de responder ao questionário. A amostra estudada tem, pois, informantes com um perfil de problemas menos graves do que o que, de fato, ocorre na Emergência do HNSC. Com o intuito de diminuir este possível viés de seleção, os pacientes que foram excluídos e os não respondentes foram estudados através do boletim de atendimento e comparados com os respondentes. A taxa de não resposta foi de apenas 12%, e os não respondentes diferiram dos respondentes em relação aos seguintes aspectos: tinham um maior número de internações e eram predominantemente do sexo masculino. Estes resultados refletem os critérios de exclusão mais freqüentes –

paciente aguardando leito e sem condições de colóquio. As mulheres responderam ao questionário com maior frequência do que os homens, porque tinham melhores condições de saúde e internaram menos.

A amostragem conduziu à seleção de 50% dos pacientes que consultaram nos finais de semana do estudo e de 20% dos pacientes que consultaram em dias úteis. A estratégia de escolha dos dias foi uma opção considerada como logisticamente viável. Como resultado, a amostra ficou constituída em 51% por pacientes atendidos nos finais de semana e 49% por pacientes atendidos em dias úteis, podendo resultar em uma superrepresentação dos primeiros. No entanto, estratificando-se a amostra em relação ao dia da semana consultado não encontrou-se diferenças nos principais resultados obtidos.

Uma outra limitação foi a validação das questões que investigaram a satisfação do paciente, porque é difícil desenvolver formas de checagem e verificar se as respostas dadas no questionário refletem as respostas verdadeiras. Outra dificuldade que deve ser considerada é a forma como os questionários são administrados. Além disso, presume-se que somente os pacientes muito satisfeitos e os muito insatisfeitos se dispõem a respondê-los. Outro aspecto que deve ser levado em conta é que o questionário foi realizado antes que os pacientes tivessem saído do Serviço de Emergência: é possível supor que eles tenham menos probabilidade de fornecer uma resposta desfavorável para evitar “inimigos” entre os profissionais que trabalham naquele serviço. Cabe destacar, no entanto, que foram aplicados três instrumentos para avaliar a satisfação com o

Serviço de Emergência do HNSC, e todos eles tiveram resultados na mesma direção.

O autor teve o cuidado de não divulgar a hipótese principal para os entrevistadores durante o estudo, o que levou a uma coleta padronizada principalmente em relação aos aspectos concernentes aos hábitos dos pacientes referentes a ter ou não médico definido.

A mensuração de pressão arterial utilizada foi aquela realizada pelos auxiliares de enfermagem e não houve checagem por parte dos entrevistadores. É possível ter havido erros de mensuração, porém, neste estudo, o interesse era verificar qual a pressão arterial definida pelo médico para tomada de decisão e que reflete a prática corrente na emergência.

O questionário utilizado para avaliar a satisfação do usuário pode ter ocorrido problemas de validade, decorrente das especificidades culturais em que foi criado. É razoável supor, dada a diversidade cultural e de provisão de serviços, que as razões que levam as pessoas a terem satisfação com os serviços de saúde variem de um país para outro. No entanto, os três instrumentos utilizados para avaliar satisfação mostraram resultados consistentes.

Uma medida de concordância, através do kappa, foi realizada para definir a categoria do tipo de atendimento (emergência, urgência ou programada). O

índice kappa, que utilizou dois examinadores, foi 0,8, o que pode ser considerado um bom índice de concordância.

Pode ter ocorrido viés de causalidade reversa decorrente do tipo de delineamento aplicado, tendo em vista que o paciente que está vinculado a um médico também é um sinal de presença de morbidade crônica, com maior probabilidade de ocorrerem eventos graves, assim como um número maior de oportunidades para educação em saúde, como por exemplo, o reconhecimento de sinais de gravidade.

O tipo de delineamento escolhido - estudo transversal - torna impossível realizar conclusões sobre causalidade das relações estudadas, decorrente da sistemática de coleta de informação simultânea. Este estudo possibilita levantamento de hipóteses e identifica pontos importantes para investigação no futuro.

A continuidade do atendimento pode ser entendida de várias formas: pode significar atendimento num único local, atendimento coordenado por um único médico ou existência de um registro médico comum (34). No entanto, a forma da pergunta utilizada para caracterizar continuidade do atendimento no questionário da pesquisa na Emergência do HNSC foi o resultado de inúmeras discussões com os entrevistadores, após estudos pilotos.

Em resumo, as limitações deste tipo de inquérito são as seguintes: (a) os pacientes podem ter exagerado a urgência da sua queixa, numa tentativa de serem vistos mais rapidamente; (b) os pacientes mais graves não responderam por terem sido excluídos; (c) a população em estudo incluía somente aqueles indivíduos que procuraram atendimento na emergência, e os resultados não podem ser generalizados para todos os pacientes que utilizam serviços de saúde; (d) a definição de gravidade pelo médico e a característica de médico definido são variáveis subjetivas. No entanto, parece-nos que as limitações identificadas neste estudo não interferiram na validade interna e há necessidade de realizar estudos que incorpore tanto métodos qualitativos como quantitativos para confirmar os resultados obtidos na presente pesquisa.

8 CONCLUSÕES

Os serviços disponíveis na emergência dos hospitais públicos são percebidos pela população como uma resposta que o sistema de saúde oferece para todas as suas necessidades de atendimento e não apenas para consultas de emergência. A população potencialmente usuária desconsidera a missão que convencionalmente se espera ser a da emergência – o atendimento de casos mais graves. A atitude da população e a falta de serviços de atenção primária resolutivos são ingredientes importantes que levam ao caos do sistema.

Este estudo apoia o pressuposto de que aqueles pacientes que têm um médico definido tendem a fazer menos consultas desnecessárias num serviço de emergência. Portanto, a conclusão óbvia deste estudo é que, se as pessoas tivessem um vínculo com um médico, a utilização dos serviços de emergência iria diminuir, particularmente os casos configurados como consulta não urgente. A utilização do serviço de emergência pode ser um indicador sentinela do grau de ligação entre o médico e o paciente.

O uso dos serviços de emergência por problemas não urgentes tem várias conseqüências. Administrativamente, resulta em sobrecarga e condições insatisfatórias de trabalho para o médico emergencista. A demanda excessiva afeta a qualidade do atendimento e aumenta o custo do sistema de saúde. O atendimento episódico na emergência é adequado para a solução de condições graves com risco de vida, porém não possibilita a otimização do atendimento

continuado, necessário para o bom atendimento das várias condições crônicas e para a ênfase na prevenção.

Esta pesquisa demonstrou que os pacientes que referiram ter um médico definido têm mais probabilidade de consultar num serviço de emergência por um problema de saúde efetivamente de emergência ou urgência. Portanto, os planejadores de saúde devem considerar que promover o vínculo do médico com o paciente é uma estratégia possível para diminuir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. Por outro lado, o fato de consultar em serviços de atenção primária não evita, necessariamente, a utilização de um serviço de emergência por motivo considerado programável.

Este estudo mostrou que 35% dos casos necessitavam acompanhamento, no nível ambulatorial, de uma especialidade médica, o que demonstra que é necessário desenvolver um sistema de referência mais efetivo entre a emergência e os serviços ambulatoriais, para possibilitar o seguimento do atendimento.

Os médicos que atuam em ambulatórios e postos de saúde devem ter o espírito de comprometimento para que a sua atuação seja resolutiva, educar o paciente quanto ao uso adequado da emergência e contribuir para a criação de mecanismos capazes de proteger os pacientes de realizarem uma “peregrinação” através de vários serviços de saúde até encontrar aquele que responda a sua necessidade de atendimento.

O papel de um serviço de atenção primária é procurar desenvolver um trabalho que proporcione o atendimento das prioridades das populações de alto risco e possibilite o atendimento integral da saúde. Esta forma de atendimento viabiliza um fluxo de acompanhamento, onde o médico definido é a “porta de entrada” do sistema, e o encaminhamento para outras especialidades e emergência passa a ocorrer apenas nos casos de maior gravidade. Este cenário de acesso continuado ao atendimento do médico possibilita dar uma resposta a esta, por assim dizer, tendência de mal usar os serviços de saúde.

Dentre as estratégias destinadas a melhorar a qualidade e a economia de serviços de saúde, podem-se citar:

1. estimular a adoção de médicos definidos em comunidades geograficamente delimitadas através da expansão de um modelo assistencial que leve em conta estratégias que propiciem um maior vínculo entre médico e paciente;
2. estimular o desenvolvimento de serviços comunitários que coordenem o fluxo de pacientes para as emergências;
3. desenvolver sistemas de informação informatizados e integrados para utilização nas emergências e nos serviços de atenção primária;
4. desenvolver protocolos de prevenção para as condições mais freqüentes;
5. treinar para realização de um trabalho em equipes multidisciplinares;
6. hierarquizar regionalmente os serviços de saúde;
7. gerenciar o encaminhamento dos pacientes através de contato prévio e melhora no acesso;

8. aumentar a eficiência de admissões e altas de pacientes atendidos em hospital.

Os planejadores dos serviços de saúde devem realizar um diagnóstico para verificar como ocorre o fluxo de pacientes antes de sua ida à emergência e como são encaminhados após o atendimento, o que possibilitará uma melhor organização do modelo assistencial.

Geralmente, procuram-se soluções rápidas para reduzir gastos e satisfazer as necessidades infinitas, e muitas vezes irrealis, da população por demanda de serviços de saúde. Em resposta ao clamor da população por soluções imediatas ao caos da saúde, a tendência de alguns planos de saúde municipais tem sido a de instituir postos comunitários que prestam atendimento de emergência – os postos de atendimento 24 horas. Esta proposta é uma distorção, e o presente estudo mostra que se trata de uma política de saúde equivocada, considerando que o atendimento médico continuado e personalizado deve ser o aspecto fundamental a embasar o modelo assistencial.

A população identifica os ambulatórios dos hospitais como os locais prioritários para consulta, porque nestes locais existem mais recursos diagnósticos e terapêuticos. No entanto, a maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida com tecnologia que pode estar disponível em postos de saúde. Este estudo mostrou que, no serviço de emergência, não há condições de realizar

diagnóstico e manejar problema psiquiátrico menor e alcoolismo, os quais são muito prevalentes.

A formação de recursos humanos é um aspecto fundamental para viabilizar um bom desempenho dos serviços de saúde. Os profissionais com formação geral e interessados no atendimento primário de uma comunidade parecem ter o perfil mais adequado para prestar uma atenção integral, continuada e de fácil acesso. Porém os serviços de saúde básicos foram sucateados nestas últimas décadas, com profissionais não motivados para desempenhar a sua função e, como conseqüência, a população tem utilizado os serviços especializados para o atendimento primário. Decorrente desta situação, os médicos especialistas tornam-se pseudo-especialistas ao atenderem uma demanda mais adequada para o médico geral. Os serviços de emergência dos grandes hospitais das cidades-pólos têm sido muitas vezes o primeiro e o último recurso para populações que necessitam do serviço público. Os médicos que trabalham nos serviços de emergência também devem conhecer o tipo de demanda que atendem, desenvolver estratégias para melhorar o atendimento e mobilizar os colegas emergencistas para uma melhor perspectiva de carreira.

Os médicos e os gestores do serviço de saúde devem auxiliar os pacientes a aprender como utilizar o sistema de saúde, incluindo um serviço de emergência. Os postos de saúde devem estar disponíveis em horário que responda às demandas da população e proporcionar atendimentos de uma demanda organizada para condições crônicas. No entanto, os serviços de emergência

devem estar preparados para solucionar adequadamente o atendimento dos casos não graves que continuam consultando, até que se disponha de um sistema de saúde mais organizado. É importante que um sistema de comunicação efetivo seja desenvolvido entre os serviços de atenção primária e os serviços de emergência para desenvolver uma interface entre eles e para que os pacientes percebam que o acesso é mais facilitado quando o primeiro atendimento é realizado próximo de sua casa, local em que a população tem maior condição de influir para melhorar a estrutura do serviço e do atendimento.

Os médicos e os outros profissionais da saúde que trabalham nos serviços de emergência estão frente a demandas enormes e precisam identificar estratégias para melhorar o seu desempenho no trabalho e, para isto, necessitam instrumentos factíveis e efetivos. A pesquisa em serviço de saúde é necessária para manejar este processo e identificar quais os métodos mais adequados. As prioridades devem ser o desenvolvimento de indicadores de qualidade e de protocolos clínicos (“guidelines), a identificação de métodos de pesquisa para induzir mudança na prática clínica e a pesquisa de sistemas de qualidade e processo.

Em resumo, é necessário otimizar o atendimento dos pacientes com problemas não urgentes que chegam até a emergência, através de estratégias no nível de atenção primária – especialmente possibilitando o atendimento médico continuado - onde uma abordagem integral com ênfase na prevenção possibilite uma melhor qualidade de atendimento com um custo menor.

A lição do estudo da emergência faz lembrar a afirmação de Geoffrey Rose, em seu artigo “Strategy of Prevention”:

“... Nós temos uma responsabilidade profissional pela prevenção, tanto na pesquisa como na prática médica. Quando os médicos não aceitam essa responsabilidade, a prevenção é assaltada por propagandistas, acrílicos, por impostores e por interesses comerciais escusos” (178).

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes EV. Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Sao Paulo:HUCITEC - ABRASCO, 1993, 310 p.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96. Brasília, 1997. 36 p.
3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Plano Municipal de Porto Alegre, 1993.
4. Pillotto LS, McCallum J, Raymond C, et al. Sequential continuity of care by general practitioners: which patients change doctor? Med J Aust 1996; 164: 463-466.
5. Tschiedel B, Schneid S, Stein A. Estudo de demanda no serviço de emergência do Hospital N.S. da Conceição - Parte I. Mom.& Perspec. Saúde 1995; 7(1):, 11-17.
6. Tschiedel B, Schneid S, Stein A. Estudo de demanda no serviço de emergência do Hospital N.S. da Conceição - Parte II. Mom.& Perspec. Saúde 1995; 8(2): 33-38.
7. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? N Engl J Med 1996; 334(22):1441-1447.
8. HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO. Diagnóstico do serviço de emergência [Mimeo]. Gerência de Planejamento. Julho/96.
9. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? Ann Emerg Med 1994; 24(5): 953-957.
10. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344:1129-1133.
11. Ross N. Who should do the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in one Canadian province. Inquiry 1979; 16:73-83.
12. WORLD BANK. Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges, 1989.
13. Steinbrook R. The role of the emergency department. N Engl J Med 1996;334(10):657-8.
14. Mcgrail LF. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1992 emergency department summary. Advance data from vital and health statistics.

No. 245. Hyattsville, Md: Public Health Service, 1994. (DHHS publication no. (PHS)94-1250).

15. Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995; 40(4):469-77.

16. Harris J, Hendricks J. The lifeline of triage. *Accid Emerg Nurs* 1996; 4(2):82-87.

17. Hopton JL, Dlugolecka M. Need and demand for primary health care: a comparative survey approach. *BMJ* 1995; 310:1369-1373.

18. Melzer-Lange M, Lye PS. Adolescent health care in a pediatric emergency department. *Ann Emerg Med* 1996; 27(5):633-637.

19. SOCIETY FOR ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE. Ethics of emergency department triage: SAEM position statement. *Acad Emerg Med* 1995; 2(11):990-5.

20. Ettliger PRA, Freeman GK. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? *BMJ* 1981; 282:1192-1194.

21. Machado MH. Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996.

22. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314:1870-3.

23. Rolan M. Defining core general practitioner services. *BMJ* 1996;313:704.

24. Jarman B. Primary Care. Heineman Medical Books, 1988, 195 p.

25. Hart JT. A new kind of doctor - The general practitioner's part in the health of the health of the community. The Merlin Press Ltd, 1988, 362 p.

26. Jarman B, Cumberledge J. Developing primary health care. *BMJ* 1987; 294:1005-1008.

27. Ferreira Aurélio B. Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

28. Mcwhinney IR, Curtis P. Continuity of care in family practice. Part 2: Implications of continuity. *J Fam Pract* 1975; 2:373-374.

29. Roger J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health* 1970; 70:122-126.

30. Mechani D. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q* 1996;74(2):171-89.
31. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995; 271(4):323-9.
32. Lieberman JA. Compliance issues in Primary Care. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl 7):76-82.
33. Tuckett D, Boulton M, Olsen C, William A . Meeting between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistok, 1985.
34. Cornelius L. J. The degree of usual provider continuity for African and Latino Americans. *J Health Care Poor Underserved* 1997;8(2):170-185.
35. Fleming GV, Andersen RM. The municipal health services program: Improving access while controlling costs? Chicago: Pluribus, 1986.
36. Breslau N, Haug MR. Services delivery structure and continuity of care: A case study of pediatric practice in process of reorganization. *J Health Soc Behav* 17(4):339-52, 1976.
37. Becker MH, Cracchaman RH, Kirscht JP. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. *Am J Public Health* 1974; 64(11):1062-70.
38. Fletcher RH, O'Malley MS, Earp JA, et al. Patients' priorities for medical care. *Med Care* 1983;21(2):234-42.
39. Heagarty MC, Robertson LS, Kosa J et al. Some comparative costs in comprehensive versus fragmented pediatric care. *Pediatrics* 1970;46(4):596-603.
40. Gill JM. Can Hospitalizations be avoided by having a regular source of care? *Fam Med* 1997; 29(3):166-71.
41. Freeman GK, Richards SC. Personal continuity and the care of patients with epilepsy in general practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44:395-9.
42. Freeman GK, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients's views on seeing the same doctor. *Br J Gen Pract* 1993; 43:493-7.
43. Dietrich AJ, Marton KL. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982;15:929-31.

44. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* 1984; 252:2413-7.
45. Franco SM, Mitchell CK, Buzon RM. Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clin Pediatr* Feb 1997.
46. Donabedian A . La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, 1991.
47. Donabedian A . Guideposts to a conference on quality assessment and assurance. In: Shanaham M, Ed. Proceedings of an international symposium on quality assurance in accreditation of hospitals, Chicago, p 2-6, 1987.
48. Irvine D, Irvine S. Making sense of audit. Radcliffe Medical Press, Oxford, 1991.
49. Ibrahim MA. Epidemiologic perspective in: *Epidemiology and Health Policy*, Rockville: Aspen Publication; p 3-11, 1985.
50. Veney JE, Kaluzny AD. Evaluation and decision making for health services. Ann Arbor, MI, 2nd ed. Health Administration Press, 1991.
51. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-220.
52. Szecsenyi J. Improving care at the primary-sencodary care interface: a difficult but essential task. *Quality in Health Care* 1996; 5:191-192.
53. Eccles MP, Deverill M, Mccoll E, Richardson H. A national survey of audit activity across the primary-secondary care interface. *Quality in Health Care* 1996;5:193-200.
54. Saunders CE. Time study of patient movement through the emergency department: sources of delay in relation to patient acuity. *Ann Emerg Med* 1987;16(11):1244-48.
55. Baker R. Practice assessment and quality of care. Occasional Paper 39. Royal College of General Practitioners, London, 1992.
56. Carwright A. Anderson R. General practice revisited. London, Tavistock Publications, 1981.
57. Blumenthal D. Part 1: Qualtiy of Care - What is it? *N Engl J Med*, 3359(12):, 891-894, 1996

58. Brook RH, Mcglynn, Cleary PD. Part 2: Measuring Quality of Care. *N Engl J Med* 1996; 335(13):, 966-970.
59. Chassin MR. Part 3: Improving the Quality of Care. *N Engl J Med* 1996;385(14):1060-1063.
60. Blumenthal D. Part 4:Origins of the Quality-of-Care Debate. *N Engl J Med* 1996; 335(15): 1146-1149.
61. Berwick DM. Part 5: Payment by Capitation and the Quality of Care. *N Engl J Med* 1996; 335(16):1227-1231.
62. Blumenthal D, Epstein AM. Part 6: The Role of Physicians in the Future of Quality Management. *N Engl J Med* 1996; 335(17):1328-1331.
63. Grol R. Research and development in quality of care: establishing the research agenda. *Quality in Health Care* 1996;5:235-242.
64. Knox EG. *Epidemiology in health care planning – a guide to the uses of a scientific method.* Oxford University Press, Oxford, 1979.
65. Alan Denver GE. *Epidemiology in Health Services Management.* Rockville: Aspen Publication, 1984.
66. Hopkins A . *Measuring the quality of medical care.* Royal College of Physicians of London, London, 1990.
67. Ibrahim MA. *Epidemiology and health policy.* Rockville: Aspen Publication, 1985.
68. Hammermeister KE, Shroyer AL, Sethi GK, et al. Why it is important to demonstrate linkages between outcomes of care and processes and structure of care. *Med Care* 1995;33(10):OS5-OS16.
69. Clemenhagen C, Champagne F. Quality assurance as part of program evaluation: Guideline for managers and clinical department heads. *Qual Rev Bull* 1986;12(11):383-387.
70. Palmer RH. Quality health care. *JAMA* 1996; 275(23):1851-2.
71. Halpern J. The measurement of quality of care in the Veterans Health Administration. *Med Care* 1996; 34(3):MS55-MS68.

72. Buss PM. Saúde e desigualdades: o caso do Brasil. In: Buss PM, Labra ME, eds. *Sistemas de saúde – continuidades e mudanças*. Editora Fiocruz, Editora HUCITEC, Rio de Janeiro, São Paulo, 1995.
73. Kelman HR, Lane SD. Use of hospital emergency room in relation to use of private physician. *Am J Publ Health* 1976;66:891.
74. Billings J, Hasselblad V. Use of small area analysis to assess the performance of the outpatient delivery system in New York City. New York Health Systems Agency, New York, 1989.
75. Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency service in Kuwait. *Soc Sci Med* 1996;42(9):1313-1323.
76. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, et al. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1985; 14:672.
77. Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Nonemergency emergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Pract* 1987;24:389.
78. Kickhudt JS, Gjerdingen DK, Asp DS. Emergency room use and abuse. How it varies with payment mechanism. *Minn Med* 70:571, 1987.
79. Armstrong D. *An outline of Sociology as applied to Medicine*. John Wright & Sons. Second edition, 1983.
80. Helman CG. *Culture, Health and Illness*. Wright, London, 1990.
81. White HA, O'Connor PA. Use of the emergency room in a community hospital. *Public Health Rep* 85:163-168, 1970.
82. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Ann Emerg Med* 1995;25:311-316.
83. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen J et al. The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: a national perspective. *MCR* 1995; 52(4):453-474.
84. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993; 83(3):372-378.
85. Silver L. Aspectos metodológicos em acaiação dos serviços de saúde. In: *Planejamento Criativo – Novos desafios em políticas de saúde*. Eds: Gallo E, Rivera FJU, Machado MH – Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

86. Altman DG. Practical Statistics for Medical Research. London:Chapman and Hall, 1-589, 1991.
87. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
88. Gordis L. Epidemiology. Pennsylvania: WB Saunders, 1996.
89. Kramer HC, Thiemann S. How many subjects? Statical Power Analysis in Research. Beverly Hill:SAGE, p.15-117, 1987.
90. Gigante LP. Alcoolismo e uso de álcool: Relação com o perfil sócio-econômico de adultos residentes em Porto Alegre. Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre, RS: Curso de Pós-Graduação em Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1988.
91. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Serviço de Atenção ao Alcoolismo e Drogadição. Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 61.
92. Soibelman M, Junior LE. Problemas relacionados ao consumo de álcool. IN: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ ... [et. al.] – Medicina Abulatorial: Condutas clínicas em Atenção Primária. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.
93. Duncan B. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não transmissíveis. [Tese] Porto Alegre, RS: Curso de Pós-Graduação em Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.
94. Rose GA, Blackburn H, Gillum RF, et al.: Cardiovascular Survey Methods. 2nd edn. Geneva: World Health Organization, 1992.
95. Mari JJ, Williams P. A validity study of a Psyquiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. Br J Psychiatry 1996;148: 23-26.
96. Filho NA, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes G, Andreoli SB, Busnello ED. Estudo multicentrico de morbidade psiquiatrica em areas urbanas brasileiras (Brasilia, Sao Paulo, Porto Alegre). Revista ABP-APAL, 14(3):93-104, 1992.
97. Lima MS. Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas (RS). [Dissertação]. Pelotas, RS: Mestrado de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, 1995.

98. Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning* 1982;5:, 233-237.
99. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, et al. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 1979; 2: 197-207.
100. Landgraf JM, Nelson EC, Hays RD, et al. Assessing function: Does it really make a difference? A preliminary evaluation of the acceptability and utility of the Coop Function Charts. In: *Functional status measurement in primary care WONCA Classification Committee*. p.150-165, 1990.
101. Nelson E, Wasson J, Kirk J, et al. Assessment of function in routine clinical practice: description of the Coop Chart method and preliminary findings. *Journal of Chronic Disease* 1987; 40 Suppl., 55S-63S.
102. Mesquita W. Conselho Federal de Medicina regulamenta os prontocorros. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 58:, 5, 1995.
103. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1451, 1995.
104. Mead S. Clasificación de la OMS por Razones de la Consulta. *Cronica de la Organización Mundial de la Salud* 1984;58:681-714.
105. WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Geral Practitioners/Family Physicians), CISAP-2, definida. *Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primária*. Buenos Aires: Centro Internacional para la Medicina Familiar, 1986.
106. Bernard HR. *Research Methods in Anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks (CA):SAGE. 2nd ed., 1994.
107. Borgatti SP. *Anthropac 4.0*. Columbia: Analytic Technologies, 1992.
108. Borgatti SP. *Anthropac 4.0. Reference Manual*. Columbia: Analytic Technologies, 1992.
109. Dean AG, Dean JA, Coulombier D et al. *Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 1994.
110. EGRET: *Statistics and Epidemiology*. Research Corporation and Cytel Software Corporation, 1991.

111. Norusis M. *Statistical Package for Social Science - SPSS*. Chicago, 1986.
112. Kirkwood BR. *Essentials of Medical Statistics*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1988.
113. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med* 1992;35:1189.
114. Braunstein J, Abanobi OC, Goldhagen JL. Parental perception of urgency and utilization of pediatric emergency services. *Fam Pract Res J* 1987;6:130.
115. Scherzer LN, Druckman R, Alpert J. Care-seeking patterns of families using a municipal hospital emergency room. *Med Care* 1980;18:289.
116. Andren KG, Rosenqvist U. Heavy users of an emergency department: A two year follow-up study. *Soc Sci Med* 1987;25, 825.
117. Calnan M. The functions of the hospital emergency department: A study of patient demand. *J Emerg Med* 1984;2:57.
118. Tataryn D, Roos NP, Black CD. Utilization of physician resources for ambulatory care. *Medical Care* 1995;33(12):ds84-ds99.
119. Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Nonemergency emergency room use in patients with and without primary care physicians. *The Journal of Family Practice* 1987; 24(4):389-392.
120. Filho AJP. Serviço de emergência em clínica médica do hospital universitario daUFSC. Estudo do perfil da demanda. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 1990;19(1): 37-44.
121. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary Care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993;83(3):372-378.
122. Ullman R, Block J, Stratmann W. An emergency room's patients: their characteristics and utilization of hospital services. *Med Care* 1975;13:1011-1021.
123. Schneider K, Dove H. High users of VA emergency room facilities: are outpatients abusing the system or is the system abusing them? *Inquiry* 1993;20:57-64.
124. Davidson S. Understanding the growth of emergency department utilization. *Med Care* 1978;16:122-131.

125. Brook R, Stevenson RJ. Effectiveness of patient care in an emergency room. *NEJM* 1970;283:904-907.
126. Woodhandler S, Himmelstein D. Reverse targeting of preventive care due to lack of health insurance. *JAMA* 1988;259:2872-2874.
127. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: A prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med* 1997;15:133-136.
128. Bindman AB, Grumbach K, Keane D, et al. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. *JAMA* 1991;266(8):1091-1096.
129. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. *JAMA* 1991;266(8):1085-1090.
130. Kellermann AL. Too sick to wait. *JAMA* 1991;266(8):1123-1124.
131. Johnson SS. Health beliefs of hypertensive patients in a family medicine residency programme. *J Fam Pract* 1979; 9:877-83.
132. Martin EM, Russell D, Goodwin S, et al. Why patients consult and what happens when they do. *BMJ* 1991;303:289-92.
133. Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Non emergency emergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Pract* 1987;24:389.
134. Donabedian A . Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1973.
135. Singh S. Self referral to accident and emergency department: patients's perceptions. *BMJ* 1988;297:1179.
136. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;303:1181-1184.
137. Tate P. The doctor's communication handbook. Radcliffe Medical Press, Oxford, 1997.
138. Gladwin CH. Ethnographic decision tree modeling. Qualitative research methods. Beverly Hills, CA: SAGE,1989. p.96.
139. Anderson R, Aday LA. Access to medical care in the US:Realized and potential. *Med Care* 1978;16:533.

140. Aday LA, Fleming GV, Andersen R. Access to medical care in the US:Who has it, who doesn't. Chicago, (IL): Pluribus Press, 1984.
141. INSTITUTE OF MEDICINE. Access to health care in America. Washington, DC: National Academy Press, 1993.
142. Hayward RA, Bernard AM, Freeman HE, et al. Regular source of ambulatory care and access to health services. *Am J Public Health* 1991;81:434.
143. Aday LA, Andersen R, Fleming GV. Health care in the US: Equitable for whom? Beverly Hills, CA: SAGE, 1980.
144. Hershey JC, Luft HS, Gianaris JM. Making sense out of utilization data. *Med Care* 1975;18:838.
145. Dutton D. Financial, organizational, and professional factors affecting health care utilization. *Social Sciences and Medicine* 1986;23:721.
146. Freeman HE, Blendon RJ, Aiken LH, et al. Americans report on their access to health care. *Health Aff* 1987;6:6.
147. Alpert JJ, Kosa J, Haggerty RJ, et al. Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care. *Am J Public Health* 1970;60:499.
148. Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982;15:929.
149. Starfield B. Primary Care:Concept, evaluation, and policy. New York, NY: Oxford University Press, 1992.
150. Steinwachs DM, Yaffe R. Assessing the timeliness of ambulatory medical care. *Am J Public Health* 1978;68:547.
151. Lambrew JM, Defriese H, Carey TS, et al. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Medical Care* 1996;34(2):138-151.
152. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki P, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA* 1984;252(17):2413-2417.
153. Randol L, Barker MD, Roberts JC. Distinctive Characteristics of Ambulatory Medicine. In: Principles of Ambulatory Medicine ed.: Barker LR, Burton JR, Zieve PD. Baltimore:Williams and Wilkins, 1995.
154. Shea S, Misra D, Ehrlich M, et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *NEJM* 1992;327:776-81.

155. Cupples LA, Gagnon DR, Wong ND, et al. Preexisting cardiovascular condition and long-term prognosis after initial myocardial infarction: The Framingham Study. *Am Heart J* 1993;125:863-72.
156. Goldman L, Weinberg M, Weisberg R, et al. A computer-derived protocol to aid in the diagnosis of emergency room patients with acute chest pain. *NEJM* 1982;307(10):588-96.
157. Lee TH, Weisberg M, Cook EF, et al. Evaluation of creatine kinase and creatine kinase-MB for diagnosing myocardial infarction: Clinical impact in the emergency room. *Arch Intern Med* 1987;147:115-121.
158. Mccaig L. National Hospital Ambulatory Care Survey: 1992 emergency department summary. *Advanced Data* 1994; 245:1-12.
159. Fineberg HV, Scadden D, Goldman L. Care of patients with a low probability of acute myocardial infarction: Cost-effectiveness of alternatives to coronary care unit admission *NEJM* 1993;22:579-582.
160. Mccarthy BD, Beshansky JR, D'Agostino RB et al. Missed diagnoses of acute myocardial infarction in the emergency department: Results from a multicenter study. *Ann Emerg Med* 1993;22:579-582.
161. Escobar F, Espi F, Canteras M. Problems related to alcohol consumption in primary health care: prevalence and clinical profile. *Fam Pract* 1993;10(4):424-430.
162. Busnello ED, Pereira MO, Knapp WP, et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq* 1992;41(10):507-512.
163. Filho NA, Mari JJ, Coutinho E, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 14(3):93-104, 1992.
164. Berkson J. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics Bulletin* 2:47-53, 1946.
165. Boyd JH, Regier DA, Burke JD. The contribution of epidemiology to the advancement of nosology. In: eds. Mezzich JE, Cranach M. *International Classification in Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988.
166. Eaton WW. The NIMH epidemiologic catchment area program: implementation and major findings. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1994;4:103-112.

167. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1995;166(suppl.27):19-22.

168. Castellanos PL. Perfiles de salud y condiciones de vida: Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en America Latina. I Congreso Iberoamericano de Epidemiologia. Granada (Espanha), Octubre, 1992.

169. Linhares L, Rodrigues LH, Fossari JA et al. Estudo do sistema emergência do Hospital N.S. da Conceição. Centro de Aperfeiçoamento do Grupo Hospitalar Conceição. [mimeo], 1997.

170. Benz JR, Shank JC. Alteration of emergency room usage in a family practice residency program. *J Fam Pract* 1982;15:1135-1139.

171. Grishaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995; 4:55-64.

172. Carpenter CE, Bender AD, Nash DB, et al. Must we choose between quality and cost containment? *Quality in Health Care* 1996;5(4):223-229.

173. Hsiao W. Comparing health care systems: what nations can learn from one another. *J Health Polit, Policy, Law* 1992;17:613-36.

174. Haines A, Jones R. Implementing findings of research. *BMJ* 1994;308:1488-1492.

175. Deykin D, Haines A . Promoting the use of research findings. IN: *Scientific basis of Health Services*. Eds. Peckman M, Smith R. British Medical Journal Publishing Group, London, 1986.

176. Garner P, Kiani A . Diagnostics in developing countries. *BMJ* 1997;315:760-1.

177. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, et al. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1985;14:672.

178. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ* 1981; 282:1847-51.

9. Por que o Sr(a) escolheu o serviço de emergência do HNSC?

- (1) porque é bom (2) porque é de graça/serviço público
 (3) porque é perto (4) outro:.....
 (9) NS/NQR

10. Quanto tempo faz desde a última vez que o Sr(a). consultou na emergência do HNSC?

(NÃO CONSIDERAR CONSULTA NAS ÚLTIMAS 24 horas)

- (1) Nunca consultou antes __ __ dias / __ __ meses/ __ __ anos

- Agora vamos falar sobre dor no peito

11. O motivo da consulta atual é dor, peso, mal-estar ou aperto no peito?

- (1) sim (2) não (9) NS/NQR

12. H1 - Teve alguma vez na vida dor, peso, opressão, mal estar ou aperto no peito?

- (1) sim (2) não **(PASSE PARA PERGUNTA 27)**

13.  Sente esta dor quando sobe ladeira ou caminha depressa?

- (1) sim (2) não **(PASSE PARA PERGUNTA 27)**

(3) nunca sobe ladeira nem anda depressa

14. H3 - Sente esta dor quando anda normalmente no plano?

- (1) sim (2) não

15. H4 - Que faz se a dor (incômodo...) aparece ao andar?

- (1) para ou anda mais devagar
 (2) Continua no mesmo passo **(PASSE PARA PERGUNTA 23)**
 (3) uma das anteriores, mas toma remédio **(IDENTIFICAR QUAL MEDICAMENTO)**

.....

16. H5 - Se pára de caminhar, o que acontece?

- (1) a dor alivia
 (2) a dor não alivia **(PASSE PARA PERGUNTA 23)**

17. H6- Em quanto tempo alivia?

- (1) 10 minutos ou menos
 (2) mais de 10 minutos **(PASSE PARA PERGUNTA 23)**

18. H7 - Onde sente esta dor ou incômodo? **(NÃO LEIA AS QUESTÕES 19,20,21 e 22)**

19. H7.1- região esternal (superior, média, inferior)

- (1) sim ; (2) não

20. H7.2 - região anterior esquerda do tórax

- (1) sim (2) não

21. H7.3 - braço esquerdo: (1) sim; (2) não

22. H7.4 outra:.....

23. H8 Notou esta dor em outra parte do corpo?

(1) sim  não

24. H9 - Teve alguma vez outra dor forte na parte da frente do peito que durou meia hora ou mais?

(1) sim (2) não

25. H10- Consultou algum médico por causa desta dor?

(1) sim (2) não

26. H11 - Onde atendia este médico?.....

FATORES DE RISCO

PRESENÇA

27. O Sr(a). fuma atualmente? E no passado (1) FUMO (2) NÃO FUMO
o Sr(a). fumava? (3) FUMAVA (4) NÃO FUMAVA
(9) NS/NQR

28. A Sra. usa pílula para evitar a gravidez? (1) SIM (2) NÃO (9) NS/NQR (8)NSA
(PARA MULHERES)

29. Algum médico já lhe disse que o Sr(a). (1) SIM (2) NÃO (9) NS/NQR
tem Diabete (Açúcar no sangue)?

30. O Sr(a) tem alguém na família com (1) SIM (2) NÃO (9) NS/NQR
doença do coração?

- Agora vamos falar sobre problemas de pressão alta.

31. Algum médico já lhe disse que o Sr. tem pressão alta?
(1) sim (2) não **(PASSE PARA PERGUNTA 42)** (9) NS/NQR

32. Quando foi a última vez que um médico disse que a pressão estava alta?

(1) há menos de um ano (2) de um a três anos atrás
(3) de 4 a 5 anos (4) há mais de 5 anos
(8) NSA (nunca mediu) (9) NS/NQR

33. E agora o Sr. sabe como está a sua pressão?

(1) normal (2) ainda está alta (9) NS/NQR

34. O médico lhe receitou algum remédio para a pressão alta?

(1) sim (2) não **(PASSE PARA PERGUNTA 38)**
(8) NSA (9) NS/NQR

35. O Sr. está tomando este remédio no momento?

- (1) sim (2) não **(PASSE PARA PERGUNTA 37)**
 (8) NSA (9) NS/NQR

36. E toma o remédio? **(LER AS ALTERNATIVAS):**

- (1) sempre **(PASSE PARA PERGUNTA 38)** (2) quase sempre
 (3) às vezes (8) NSA
 (9) NS/NQR

37. Porque o Sr. não está tomando este remédio?

- (1) pressão normalizou
 (2) não teve mais sintomas
 (3) remédios caros
 (4) remédios deram para-efeitos (reação)
 (5) não obteve mais consulta médica
 (6) outros:.....
 (8) NSA
 (9) NS/NQR

O Sr. para baixar sua pressão?(COMPLETE COM OS ITENS DA ESQUERDA)

ATITUDE	SIM	NÃO	NS/NQR
38. faz dieta com pouco sal	1	0	9
39.faz dieta para emagrecer	1	0	9
40. toma remédios ou outras coisas caseiras	1	0	9
41. faz outra coisa	1	0	9

42. Quanto tempo em média o Sr(a). se exercita por semana? __ _ horas

() não faz exercício

43. O que o Sr(a). faz para se distrair quando não está trabalhando? **(IDENTIFICAR A ALTERNATIVA QUE MAIS FAZ) (LER AS ALTERNATIVAS)**

- (1) lê, vê TV
 (2) caminha, anda de bicicleta ou outros (mínimo de 4 horas semanais. Não incluir ir e voltar do trabalho)
 (3) corrida, ginástica, natação jogos com bola (mínimo de 3 horas semanais)
 (4) treina para competições (atleta, 3 ou mais dias por semana)

- Agora iremos falar sobre os serviços de saúde

44.  últimos 12 meses, o Sr. esteve internado no hospital por uma noite ou mais?
 (1) sim (2) não (**PASSE PARA PERGUNTA 49**)

45. Quantas internações ocorreram nos últimos 12 meses? __ internações

46. Qual (quais) foi (foram) o(s) motivo(s) para o Sr. internar NA ÚLTIMA INTERNAÇÃO?

(1)

(2)

(3)

47. Quantos dias ficou internado NA ÚLTIMA INTERNAÇÃO?

__ dias

48. Qual foi o local em que o Sr(a). ficou internado NA ÚLTIMA INTERNAÇÃO?

.....

49. Quando tem algum problema de saúde onde procura habitualmente assistência médica? (**IDENTIFICAR O LOCAL EM QUE CONSULTA COM MAIOR FREQUÊNCIA - CASO ESTA CONSULTA FOR A PRIMEIRA VEZ, PASSE PARA A PERGUNTA 74**)

50. Neste local em que o Sr(a) procura habitualmente assistência, em que horário tem um médico prestando atendimento?

(1) turno da manhã durante a semana

(2) turno da tarde durante a semana

(3) turno da manhã e da tarde durante a semana

(4) turno da manhã e da tarde durante a semana e no sábado

(5) 24 horas todos os dias

(6) outro:

(8) NSA (9) NS/NQR

51. O Sr(a). consulta um médico que não trabalha no SUS (serviço público/INPS/INAMPS)?

(1) sim (2) não (**PASSE PARA PERGUNTA 53**) (9) NS/NQR

52. Qual o convênio deste médico?

(1) médico particular

(2) médico do IPE

(3) UNIMED

(4) Golden Cross

(5) médico de empresa (6) outro:

53. Qual o tempo que o Sr(a). leva para o deslocamento da sua casa até o **LOCAL IDENTIFICADO NA QUESTÃO 49**?

__ minutos

54. No **LOCAL IDENTIFICADO NA QUESTÃO 49**, os medicamentos que o Sr(a). necessita são distribuídos gratuitamente?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

55. No **LOCAL IDENTIFICADO NA QUESTÃO 49**, os exames laboratoriais que o Sr(a). necessita são encaminhados com facilidade?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

56. O Sr(a). costuma consultar com o mesmo médico?

(1) sim (**PASSE PARA PERGUNTA 58**)

(2) não

(9) NS/NQR

57. Porque o Sr(a) não tem um médico definido? (**APÓS RESPONDER ESTA PERGUNTA PASSE PARA 62**)

(1) prefiro consultar com médicos diferentes

(2) qualquer médico é bonzinho

(3) só consulto de emergência

(4) outro:.....

(9) NS/NQR

58. Você sabe o nome do seu médico?

(1) sim (**PERGUNTAR O NOME DO MÉDICO (*), O QUAL SERÁ USADO NA FORMULAÇÃO DAS PERGUNTAS 59-61**)

(2) não (9) NS/NQR

59. Qual é a especialidade deste médico?

.....

60. Qual o local de atendimento do **Dr. FULANO DE TAL (*)**?

() consultório particular

() clínica particular

() outro:

61. Porque o Sr(a). não foi consultar com o **DR. FULANO DE TAL (*)** nesta consulta?

62. **PERGUNTAR PARA QUEM RESPONDEU QUE FUMA ATUALMENTE NA QUESTÃO 27** O médico que atende no **LOCAL IDENTIFICADO NA QUESTAO 49** lhe aconselhou parar de fumar?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

63. **PERGUNTAR SOMENTE PARA MULHERES** O médico que atende no **LOCAL IDENTIFICADO NA QUESTÃO 49** lhe aconselhou realizar regularmente o exame preventivo de câncer de colo uterino?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

64. **PERGUNTAR SOMENTE PARA MULHERES** O médico que atende no **LOCAL IDENTIFICADO NA QUESTÃO 49** aconselhou realizar regularmente o auto-exame de mama?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

65. O Sr.(a) acha que o número de vezes que procura o médico é o suficiente para ter uma boa saúde?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

66. Quanto tempo faz desde a última vez que o senhor consultou? (**NÃO CONSIDERAR CONSULTA NA EMERGÊNCIA NAS ÚLTIMAS 24 HORAS**)

__ meses (SE MENOS QUE UM MÊS=00)

AS PERGUNTAS 67 a 74 REFEREM-SE A ÚLTIMA CONSULTA REALIZADA HÁ _ MESES.

67. Qual o local que o Sr(a). consultou há __ meses?

68. Qual foi o motivo da consulta realizada há meses?(**identificar o motivo principal**)

69. O que o Sr. achou do tempo que teve que esperar pelo médico na consulta de meses? (**LER AS ALTERNATIVAS**)

(1) perfeitamente adequado (2) adequado
(3) excessivo (9) NS/NQR

70. O Sr. acha que o tempo que o médico lhe dedicou na consulta de ... meses foi o suficiente?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

71. Na consulta de ... meses, o médico lhe forneceu informações suficientes sobre o seu problema de saúde? (**LER AS ALTERNATIVAS**)

(1) sim (2) sim, mas quando eu perguntei
(3) não (4) informações não adequadas
(5) não tinha condições de entender (9) NS/NQR

72. O médico lhe forneceu informações suficientes sobre o tratamento, na consulta de meses? (**LER AS ALTERNATIVAS**)

(1) sim (2) sim, mas quando eu perguntei
(3) não (4) informações não adequadas
(5) não tinha condições de entender (9) NS/NQR

73. O Sr. entendeu tudo que o médico lhe explicou, na consulta de ... meses?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

74. O Sr. ficou satisfeito com a consulta de ... meses? (**LER AS ALTERNATIVAS**)

(1) completamente satisfeito (2) mais ou menos satisfeito
(3) não satisfeito (9) NS/NQR

75. Alguma vez o Sr. já pensou em reclamar sobre o atendimento do serviço de saúde?

(1) sim. Por quê?

(2) não (9) NS/NQR

76. Quantas vezes o Sr. consultou com um médico nos últimos 6 meses? **(incluindo a consulta presente) - definir a data de 6 meses atrás**

-- vezes

77. Além de tomar remédios, o Sr(a). acredita que pode fazer alguma coisa para evitar doenças como problemas do coração, pressão alta, açúcar no sangue, câncer ou bronquite?

(1) sim (2) não **(PASSE PARA PERGUNTA 79)**

(9) NS/NQR

78. E o que o Sr(a). faz para isso?

79. Comparando o Sr(a). com outra pessoa da sua idade, o Sr(a). acha que a sua saúde é: **(LER AS ALTERNATIVAS)**

(1) muito boa (2) boa

(3) mais ou menos (4) ruim (9) NS/NQR

80. Este problema de saúde que fez o Sr(a) consultar na Emergência o afastou de seu trabalho, afazeres domésticos ou de ir a escola?

(1) sim (2) não **(PASSE PARA PERGUNTA 82)**

(9) NS/NQR

81. Por quanto tempo? dias

82. Quais motivos que levaram o Sr(a). a consultar na Emergência e não no posto de saúde? **(LISTA LIVRE - SOLICITAR PARA CITAR OS MOTIVOS)**

83. O Sr(a) veio acompanhado ao serviço de Emergência?

(1) sim (2) não **(PULAR PARA A SECCÃO DE IDENTIFICAÇÃO)** (9) NS/NQR

84. Esta pessoa é sua **(LER AS ALTERNATIVAS):**

(1) esposo(a)

(2) filho(a)

(3) amigo(a)

(4) outro:.....

(9) NS/NQR

85. O quanto próximo o Sr(a). sente-se com esta pessoa a maior parte do tempo?(**LER ALTERNATIVAS**)

- (1) muito próximo
- (2) próximo
- (3) em alguns momentos próximo
- (4) não muito próximo
- (5) não sou nenhum pouco próximo
- (9) NS/NQR

- IDENTIFICAÇÃO

86. Nome:

87. Sexo (1) Masc (2) Fem

88. Data de Nascimento __ / __ / __

89. O paciente sabe ler e escrever? (1) sim (2) não (9) NS/NQR

90. Escolaridade __ anos de estudo completos

91. No mês passado, qual a renda total das pessoas que moram na sua casa?
R\$ _____ ou _____ SM

92. Quantas pessoas moram na sua casa? __ pessoas

93. O Sr(a). está trabalhando no momento?

- (1) trabalhando (2) desempregado (3) aposentado
- () outra situação: _____

94. Endereço:

95. Telefone para contato: (____) _____

96. HORÁRIO DA EMISSÃO DO BOLETIM: __: __

97. Entrevistador: _____

98. Data __ / __ / __

PARTE II - COLETAR INFORMAÇÕES APÓS A CONSULTA

HORÁRIO DO INÍCIO DA ENTREVISTA:

Nome:

Número do questionário:

1. Quanto tempo o Sr(a). esperou para ser atendido?
_____ minutos

2. Quais os problemas que o Sr(a) identifica em relação ao atendimento na emergência do HNSC?

(DESCREVER USANDO AS PALAVRAS DO PACIENTE)

() não tem problemas na emergência

- Agora iremos perguntar sobre a satisfação com o atendimento da emergência do HNSC -
LER AS ALTERNATIVAS INCLUINDO O NÚMERO DAS OPÇÕES

3. Em geral, você está satisfeito(a) com o ambiente (local) da Emergência do HNSC?

(1) muito insatisfeito (2) indiferente ou levemente insatisfeito (3) parcialmente satisfeito
(4) muito satisfeito

4. Você está satisfeito com o atendimento médico que recebeu na Emergência do HNSC?

(1) muito insatisfeito (2) indiferente ou levemente insatisfeito (3) parcialmente satisfeito
(4) muito satisfeito

5. Considerando as suas necessidades individuais, o serviço da Emergência do HNSC é apropriado?

(1) muito apropriado (2) apropriado (3) inapropriado (4) muito inapropriado

6. Como você avalia a qualidade do serviço que recebeu?

(1) excelente (2) bom (3) razoável (4) ruim

7. Em geral, você está satisfeito(a) com o serviço que recebeu?

(1) muito satisfeito (2) na maior parte satisfeito (3) indiferente ou levemente insatisfeito
(4) muito insatisfeito

8. Quando o Sr(a). veio consultar na Emergência do HNSC, você foi atendido(a) assim que sentiu ser necessário?

(1) sim, muito prontamente (2) sim, prontamente (3) não, houve algum atraso (4) não, demorou muito tempo

9. Você recebeu o tipo de serviço que queria?

(1) não, certamente não foi como eu queria (2) não, poderia ter sido melhor (3) sim, em geral foi como eu queria (4) sim, definitivamente foi como eu queria

10. Se um amigo seu estivesse necessitando de uma ajuda semelhante, você recomendaria a Emergência do HNSC?

(1) não, com certeza não (2) não, acho que não (3) sim, eu penso que sim (4) sim, com certeza que sim

11. Os profissionais da Emergência do HNSC entenderam o tipo de auxílio que você precisava?

(1) não, eles não entenderam absolutamente nada (2) não, eles pareciam não entender (3) sim, eles pareciam entender (4) sim, eles entenderam perfeitamente

12. Até que ponto a Emergência do HNSC atendeu às suas necessidades?

(1) quase todas as minhas necessidades foram atendidas (2) a maioria das minhas necessidades foram atendidas (3) somente algumas das minhas necessidades foram atendidas (4) nenhuma das minhas necessidades foi atendida

13. Os seus direitos como cidadão foram respeitados?

(1) não, quase nunca foram respeitados (2) não, em alguns momentos não foram respeitados (3) sim, em geral foram respeitados (4) sim, sempre foram respeitados

14. No caso de você precisar assistência médica novamente, retornaria à Emergência do HNSC?

(1) não, com certeza não retornaria (2) não, eu acho que não retornaria (3) sim, eu acho que retornaria (4) sim, com certeza eu retornaria

- Agora vamos perguntar sobre o seu consumo de álcool

15. Das bebidas que têm álcool, qual a sua preferida?

Vamos considerar sua bebida de álcool preferida (*). NO CASO DE REFERIR NÃO BEBER ÁLCOOL PASSE PARA PERGUNTA 23.**

16. Em um dia em que tenha tomado *** em quantidades normais, quanto o Sr(a). bebe?
__ Qt. __ Medida.

17. E num dia em que você tenha bebido *** bastante, demais? __ Qt. __ Medida

18. Alguma vez já lhe pediram para não consumir bebidas de álcool?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

19. Alguma vez o (a) Sr(a). sentiu que deveria beber menos?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

20. O Sr(a). fica aborrecido se as pessoas criticam o seu modo de beber?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

21. O Sr(a). alguma vez se sentiu chateado ou mesmo culpado pelo seu modo de beber?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

22. O Sr(a). alguma vez bebeu ao acordar, porque estava nervoso(a) ou com ressaca?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

- Agora vamos falar sobre aspectos de sentimento e procure responder da melhor forma possível.

23. O Sr(a). tem dores de cabeça com frequência?	SIM	NÃO	NS/NQR
24. O Sr(a). tem falta de apetite?	SIM	NÃO	NS/NQR
25. O Sr(a). se assusta com facilidade?	SIM	NÃO	NS/NQR
26. O Sr(a). dorme mal?	SIM	NÃO	NS/NQR
27. O Sr(a). tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO	NS/NQR
28. O Sr(a). sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	SIM	NÃO	NS/NQR
29. O Sr(a). tem má digestão	SIM	NÃO	NS/NQR
30. O Sr(a). sente que suas idéias ficam com pouca clareza de vez em quando?	SIM	NÃO	NS/NQR
31. O Sr(a). tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO	NS/NQR
32. O Sr(a). tem chorado mais do que de costume?	SIM	NÃO	NS/NQR
33. O Sr(a). consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	SIM	NÃO	NS/NQR
34. O Sr(a). tem dificuldade de tomar decisões?	SIM	NÃO	NS/NQR

35. O Sr(a). acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa sofrimento?	SIM	NÃO	NS/NQR
36. O Sr(a). acha que tem um papel útil na sua vida?	SIM	NÃO	NS/NQR
37. O Sr(a). tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO	NS/NQR
38. O Sr(a). sente-se uma pessoa sem valor?	SIM	NÃO	NS/NQR
39. O Sr(a). alguma vez pensou em acabar com a sua vida?	SIM	NÃO	NS/NQR
40. O Sr(a). sente-se cansado o tempo todo?	SIM	NÃO	NS/NQR
41. O Sr(a). sente alguma coisa desagradável no estômago?	SIM	NÃO	NS/NQR
42. O Sr(a). se cansa com facilidade?	SIM	NÃO	NS/NQR

43. O médico que lhe atendeu agora perguntou sobre o seu consumo de álcool?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

44. O médico da emergência comentou com o(a) Sr(a) que o seu problema é dos nervos?

(1) sim (2) não (3) NS/NQR

45. Algum médico já lhe disse que o Sr(a) tem o vírus da AIDS?

(1) sim (2) não (9) NS/NQR

- REVISAR DADOS NO BOLETIM DE ATENDIMENTO

Número de registro:

54. PRESSÃO ARTERIAL (PREENCHER SE DADOS DISPONÍVEIS)

___ / ___ () NÃO TEM DADOS DISPONÍVEIS

55. PESO ___ kg () NÃO CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO

56. ALTURA __, __ m () NÃO CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO

57. Há registro no Boletim de Atendimento sobre positividade ao vírus HIV ou AIDS?

(1) sim (2) não

58. Identificar, se na opinião do médico da emergência, a consulta foi

() emergência () urgência () programável

59. Qual o desfecho desta consulta?

(1) internação

(2) encaminhado para outro serviço / Qual? _____

(3) ao domicílio

(4) solicitados exames complementares e retornará para revisar na emergência

(5) observação na emergência

ANEXO B – QUADRO DE CONSUMO DE ÁLCOOL

ANEXO C- GRÁFICOS DARTMOUTH COOP

**ANEXO D – RESOLUÇÃO 1451 DO CONSELHO FEDERAL
DE MEDICINA**

ANEXO E - GRUPO DE ENTREVISTADORES

Alaor Ernst Schein, Aline Scherer, Ana Beatris Saldanha Ramos Pereira Ramos, Adriana Santana Leiva, Cláudia D. Furtado, Cristiane Juguero Martins, Cristina Simon, Danitsa Rodrigues, Erno Harzheim, Evandro Koeche, Fabiano Candal de Vasconcellos, Flávio M. Barbosa, Gregor S, João Vicente Busnello, Leandro Orth, Luiz Felipe Oliveira Blanco, Marcelo Bremm, Rafael de M. Mitchell, Roberto Rego Barros Filho, Samir Schneid.

ANEXO F - MANUAL DE ORIENTAÇÕES

Orientações Gerais:

- PREENCHER OS DADOS EM LETRA DE FORMA COM CANETA VERMELHA;
- AS ORIENTAÇÕES QUE ESTIVEREM EM NEGRITO SÃO ORIENTAÇÕES PARA O ENTREVISTADOR;
- CASO RASURAR, FAVOR IDENTIFICAR A RESPOSTA CORRETA;
- VOCÊ NÃO DEVE MENCIONAR AS ALTERNATIVAS, EXCETO QUANDO INDICADO;
- PALAVRAS ABREVIADAS: NS/NQR (NÃO SABE/NÃO QUER RESPONDER); SSC (SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA); HNSC (HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO), ACO (ANTICONCEPCIONAL), NSA (NÃO SE APLICA), GHC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), SVE (SOBRECARGA VENTRICULAR ESQUERDA), ARV (ALTERAÇÕES DA REPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR);
- NO INÍCIO DA ENTREVISTA, PERGUNTE O PRIMEIRO NOME - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DEIXE PARA O FINAL DA PRIMEIRA PARTE;
- CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Paciente sem condições de informar
- SUBSTITUIR Sr(a) PELO NOME OU POR VOCÊ, QUANDO APROPRIADO
- FORMA DE APRESENTAÇÃO:

Eu sou (NOME DO ENTREVISTADOR) estudante de medicina e nós estamos interessados em avaliar a emergência do HNSC e realizarei algumas perguntas.

PARTE 1 - COLETAR INFORMAÇÕES ANTES DA CONSULTA

I - Descrição do atendimento de emergência

1. especificar a cidade onde reside e, caso for Porto Alegre, identificar o bairro
2. identificar o meio de transporte
3. investigar o tempo de deslocamento
4. definir quem encaminhou para a emergência
5. identificar o principal motivo de consulta
6. investigar o número de dias que apresenta o motivo principal
7. investigar se é um caso de emergência para o paciente - se sim (pular para 9)
8. se o motivo não for emergência, investigar por quê - pergunta aberta
9. investigar a razão de escolher o serviço de emergência do Conceição
10. investigar quando foi a última consulta na emergência

II - Dor no peito (pergunta 11 a 26 - Escala de Rose)

- Procure utilizar a mesma formulação como estão colocadas as perguntas
- a pergunta 18 - Onde sente esta dor ou incômodo? procure não ler as opções que ficaram colocadas nas perguntas 19, 20, 21 e 22

III - Fatores de risco (perguntas 27 a 30)

27. FUMO - O Sr. fuma atualmente? Caso a resposta for sim, a opção que deve ser selecionada é (1) FUMO, caso a resposta for não, a opção selecionada deve ser (2) NÃO FUMO. Naqueles casos que não fuma atualmente, realize a seguinte pergunta: E no passado o Sr(a). fumava? Caso a resposta for sim, selecione (3) FUMAVA, caso a resposta for não selecione (4) NÃO FUMAVA
28. Identificar o uso de pílulas em mulheres, caso a paciente estiver na menopausa colocar opção (8) NSA
29. Identificar açúcar no sangue - diabete
30. Identificar problema de coração na família

IV - Hipertensão (perguntas 31 - 41)

31. Para aqueles pacientes que o médico não disse que têm pressão alta pule para pergunta 42
34. Nos pacientes em que o médico não receitou nenhum medicamento, pular para pergunta 38
35. Naqueles que não estiverem tomando o medicamento no momento, pular para questão 37
36. Ler as alternativas - Caso o paciente estiver tomando os medicamentos, sempre pule para a pergunta 38
37. Identificar a razão principal para o paciente não tomar o medicamento receitado
- 38-41 - O Sr(a) ...(atitude)... para baixar sua pressão? (aplicar a mesma pergunta para as quatro atitudes listadas)

V - Atividades de Exercício (perguntas 42 e 43)

42. Identificar o tempo médio de exercício por semana
43. Ler as alternativas, identificando aquela que se caracteriza como mais descritiva das atividades físicas

VI - Última internação no hospital (perguntas 44 a 48)

44. Caso não esteve internado nos últimos 12 meses, pular para pergunta 49
45. Número de internações nos últimos 12 meses
46. Motivos da última internação
47. Número de dias da última internação
48. Local da última internação

VII- Local do último atendimento (perguntas 49 a 55)

49. Identificar o local de consulta que mais freqüentemente consulta
50. Identificar o horário que tem médico prestando atendimento
51. Identificar se o médico atende pelo SUS ou não
52. Identificar o convênio do médico

- 53. Identificar o tempo que o paciente leva para o deslocamento da sua residência e o local identificado na questão 49.
- 54. Investigar se os medicamentos receitados eram disponíveis gratuitamente no local identificado na questão 49
- 55. Investigar se os exames laboratoriais solicitados foram encaminhados com facilidade no local identificado na questão 49.

VIII - Costuma consultar com o mesmo médico (perguntas 56 a 61)

- 56. Caso costuma consultar com o mesmo médico, passar para pergunta 58.
- 57. Perguntar por que não tem um médico definido, não lendo as alternativas. Após responder esta pergunta, passe para questão 62.
- 58. Perguntar o nome do médico e substituir pelo DR. FULANO DE TAL
- 59. Identificar a especialidade do médico que o paciente costuma consultar
- 60. Identificar o local de atendimento - procurar especificar o local do serviço
- 61. Identificar por que não foi consultar com o DR. FULANO DE TAL
- 62. Perguntar apenas para quem fuma atualmente (questão 27)
- 63 e 64. Perguntar somente para mulheres - colo de útero e mama
- 65. Investigar caso o paciente acha que o número de vezes que procura o médico é suficiente para ter uma boa saúde
- 66. Perguntar quanto tempo faz desde a última consulta em meses - não considerar a consulta da emergência nas últimas 24 horas

IX - Última consulta realizada há ... meses (perguntas 67 a 73)

- 67. local em que consultou
- 68. motivo da consulta
- 69. tempo de espera
- 70. tempo na consulta
- 71. informações sobre o problema de saúde
- 72. informações sobre o tratamento; caso o paciente não tiver recebido tratamento, colocar uma nova opção, que não consta no questionário, (8) NSA
- 73. investigar se entendeu tudo que o médico lhe explicou
- 74. investigar se está satisfeito com a consulta

X - Descrição dos atendimentos

- 75. Identificar quem pensou em reclamar do serviço de saúde e investigar o porquê
- 76. Identificar o número de vezes que consultou com um médico nos últimos 6 meses
- 77. Investigar se a pessoa acha que pode fazer alguma coisa para evitar doenças crônicas
- 78. Identificar o que faz para evitar doenças preveníveis
- 79. Comparar a saúde do indivíduo com a de outros com a mesma idade
- 80. Investigar se o problema de saúde que levou o paciente a consultar na emergência o afastou dos seus afazeres usuais
- 81. Identificar por quanto tempo se afastou destes afazeres usuais
- 82. Identificar os motivos que o levaram a consultar na emergência e não no posto de saúde
- 83. Investigar se o paciente veio acompanhado ou não

- 84. Identificar quem é o acompanhante, lendo as alternativas
- 85. Identificar o quanto próximo o paciente sente-se da pessoa que veio como acompanhante

XI - Identificação (perguntas 85 a 96)

- 86. Nome do entrevistado
- 87. Sexo do entrevistado
- 88. Data de nascimento do entrevistado
- 89. Identificar se o entrevistado sabe ler e escrever
- 90. Escolaridade
- 91. Renda total das pessoas que moram na mesma casa que o entrevistado
- 92. Número de pessoas que moram na mesma casa
- 93. Investigar se o entrevistado está trabalhando no momento
- 94. Endereço
- 95. Telefone para contato
- 96. Horário de emissão do boletim
- 97. Entrevistador
- 98. Data da entrevista

PARTE II - COLETAR INFORMAÇÕES APÓS A CONSULTA NA EMERGÊNCIA

XII - Descrição do atendimento da emergência

- 1. Investigar quanto tempo o paciente esperou para ser atendido
- 2. Identificar os problemas no atendimento da emergência

XIII - Satisfação com o serviço de Emergência (perguntas 3 a 14)

Pergunte exatamente como está colocado nas perguntas

XIV - Álcool (perguntas 15 a 22)

- 15. Identificar a bebida de álcool preferida - caso a pessoa refira que não bebe álcool, passe para questão 23

Utilize a prancheta de copos e garrafas para investigar o uso de medidas

XV - Saúde Mental (perguntas 23 a 42)

Pergunte exatamente como está colocado nas perguntas

XVI - Investigar questionamentos do médico da emergência

- 43. Investigar caso o médico da emergência questionou sobre o uso de álcool
- 44. Investigar caso o médico da emergência comentou que o problema é dos nervos

45. Investigar caso algum médico disse que o paciente tem o vírus da AIDS

XVII - Revisar Boletim de Atendimento (perguntas 46 a 58)

46. Identificar o diagnóstico do médico - caso não for possível, identificar a razão

47. Citar exames laboratoriais que o médico solicitou, incluindo as supervisões, como, por exemplo - avaliação otorrinolaringológica

48. Citar os medicamentos que o médico prescreveu

49-53 responder apenas para aqueles que consultaram por apresentar dor no peito - resposta sim na pergunta 11

54. Preencher os dados sobre pressão arterial, caso constar no boletim -NÃO DEVE SER MEDIDA

55 -55 Medir o peso e a altura

56. Identificar registro de positividade sobre o vírus HIV/AIDS no boletim informativo

57. Identificar se na opinião do médico a consulta foi de emergência, urgência ou programável - o médico da emergência deve ter preenchido esta questão

58. Identificar o desfecho desta consulta

Observação: - O peso e altura devem ser medidos, se possível, na primeira parte do questionário.

ANEXO G – CONSENTIMENTO INFORMADO**PREZADO USUÁRIO(A) DA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO**

Estamos realizando um levantamento sobre o atendimento da Emergência do nosso hospital e você poderá ser entrevistado por um estudante de medicina, identificado pelo crachá. **POR FAVOR COLABORE!!** A sua participação é fundamental. A entrevista consiste em duas partes: a primeira será realizada antes da consulta e a segunda parte após o atendimento; portanto, solicitamos que aguarde o estudante que o entrevistou inicialmente para concluir este trabalho.

Atenciosamente,

Ary Batista
Chefe da Emergência

Airton Stein
Coordenador da Pesquisa