

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

KELLY PIACHESKI DE ABREU

**Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
por usuários com demandas não urgentes**

Porto Alegre

2013

KELLY PIACHESKI DE ABREU

**Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
por usuários com demandas não urgentes**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Abreu, Kelly Piacheski de

Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes / Kelly Piacheski de Abreu. -- 2013. 155 f.

Orientador: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 2. Serviço hospitalar de emergência. 3. Enfermagem em emergência. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

KELLY PIACHESKI DE ABREU

Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 05 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente da Banca – Orientadora


PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Giselda Quintana Marques

Membro da banca

PMPA

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Alice Dias da Silva Lima por ter acreditado no meu potencial, pela dedicação, atenção, competência e compreensão que dedicou a mim desde a graduação. Muito obrigada por ter me oportunizado tanto aprendizado!

Aos usuários que participaram desta pesquisa por terem permitido a realização deste estudo e que mesmo diante da adversidade aceitaram compartilhar suas experiências.

Às Dras. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Regina Rigatto Witt e Giselda Quintana Marques pelas excelentes contribuições fornecidas na banca de qualificação.

Ao Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialmente aos enfermeiros da classificação de risco que mesmo diante de um cenário de trabalho exaustivo me auxiliaram sobremaneira na captação dos usuários para coleta de dados. Às acadêmicas de enfermagem Gabriela Gazzola, Gilmara Ramos, Iaramin Dalpiás Silva, Karema da Conceição Pereira e Vanessa Daniele Mizevski, pelo fundamental auxílio na coleta de dados.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), em especial ao “Gesquinho”, pelas riquíssimas contribuições, discussões, conquistas, alegrias e dificuldades compartilhadas.

À estatística Vânia Naomi Hirakata pela assessoria na elaboração da metodologia de pesquisa e na análise dos resultados. A ausência deste auxílio não permitiria a consolidação deste estudo, obrigada pela paciência e compreensão das minhas limitações.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo ensino gratuito e de qualidade.

Aos meus pais, Estela e Paulino, pela compreensão da minha ausência em momentos especiais, por terem acreditado na minha capacidade acadêmica e investido na minha educação, sempre com muito amor. Aos meus irmãos, Marcelo e Érika, cuja amizade e apoio foram imprescindíveis.

Ao meu noivo, Anderson, pelo amor incondicional, sem o tempo e o espaço, sabes que o amor em ti, vivo. Obrigada pela compreensão, auxílio, carinho, incentivo e apoio na superação de todas as dificuldades surgidas ao longo do mestrado.

RESUMO

A utilização de serviços de emergência por usuários não urgentes contribui para a superlotação e interfere na capacidade da equipe para atender toda a demanda, prejudicando a prestação de cuidados aos usuários urgentes. O objetivo deste estudo foi analisar a utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes. Estudo epidemiológico analítico, transversal do tipo inquérito/survey. Utilizou-se uma amostra aleatória simples com 386 usuários não urgentes do grupo etário de 18 a 59 anos. Os dados foram coletados de maio a junho de 2012, por meio de aplicação de questionário. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva e analítica. Entre os respondentes 68,4% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 36,7 anos, 60,1% eram procedentes do município de Porto Alegre e 40,7% pertenciam ao nível econômico C. Dos participantes, 51,3% possuíam doença crônica, 88,6% aguardaram pelo menos 24 horas para procurar atendimento após o início dos sintomas e aproximadamente 53% procuraram o serviço de emergência por conta própria. Os motivos de utilização do serviço de emergência por usuários não urgentes referentes à preferência do usuário se associaram a estar trabalhando, a realizar cuidados caseiros antes de ir ao serviço de emergência e utilizar o serviço por conta própria. Os motivos referentes à disponibilidade de tecnologias se associaram a estar trabalhando, possuir lesões de pele e abscessos, aguardar de 31 a 120 dias para realizar exames solicitados no serviço de saúde de referência, acreditar que exames de imagem eram necessários e apresentar maior tempo de início dos sintomas. Os motivos relacionados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre se associaram a possuir vínculo com o ambulatório do hospital e apresentar duas ou mais morbidades crônicas. Os motivos referentes ao acesso se associaram a não possuir problemas de extremidades e o motivo referente à percepção de urgência se associou a aguardar de 31 a 120 dias para realizar exames solicitados no serviço de saúde de referência e pertencer aos níveis econômicos menos favorecidos. Os motivos para utilizar o serviço de emergência refletiram as necessidades de saúde e anseios dos usuários que devem ser levados em consideração na organização da rede de atenção.

Palavras-chave: Necessidades e demandas de serviços de saúde. Serviço hospitalar de emergência. Enfermagem em emergência.

ABSTRACT

The use of emergency department for non-urgent patients contribute to the overcrowding and interfere with the team's capacity to meet the full demand, thus affecting the care provided to urgent patients. The present study aimed to analyze the use of the Emergency Department of Hospital de Clínicas de Porto Alegre by patients with non-urgent problems. A analytical cross-sectional epidemiological survey was conducted. A simple random sample comprised of 386 non-urgent patients aged between 18 and 59 years was analyzed. Data were collected between May and June 2012 using a questionnaire. Descriptive and analytical statistics was used for data analysis. Of all respondents, 68.4% were females, mean age was 36.7 years, 60.1% were from the city of Porto Alegre and 40.7% belonged to socioeconomic level C. Of all participants, 51.3% had a chronic disease, 88.6% waited for less than 24 hours to seek health care after the onset of symptoms and approximately 53% sought the emergency service by themselves. The user preference-related reasons for non-urgent patients to use the emergency service were associated with occupation, performing home care before seeking the emergency service, and using the service by themselves. The technology availability-related reasons were associated with occupation, skin lesions and abscesses, waiting for 31 to 120 days to have requested tests performed in the referral health service, believing that imaging exams were required, and longer time for symptoms to appear. Reasons related to Hospital de Clínicas de Porto Alegre were associated with being registered with the hospital's outpatient service and having two or more chronic diseases. Additionally, access-related reasons were associated with not having extremity problems and emergency perception-related reasons were associated with waiting for 31 to 120 days to have the requested tests performed in the referral health service and belonging to lower socioeconomic levels. The reasons for using emergency services reflected users' health needs and concerns, which should be taken into consideration in the health network organization.

Keywords: Health Services Needs and Demand. Emergency Service, Hospital. Emergency Nursing.

RESUMEN

El uso de los servicios de emergencia por pacientes no urgentes contribuye a la superpoblación e interfieren en la capacidad del equipo para atender la sobredemanda, perjudicando la prestación de cuidados al paciente de urgencia. Se objetivó analizar la utilización del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre por pacientes con demandas no urgentes. Estudio epidemiológico analítico, transversal, del tipo averiguación/survey. Se utilizó una muestra aleatoria simple con 386 pacientes no urgentes del grupo etario de 18 a 59 años. Datos recolectados de mayo a junio de 2012, mediante cuestionario. Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva y analítica. Entre los que respondieron, 68,4% eran de sexo femenino, la media etaria fue 36,7 años, 60,1% procedían del municipio de Porto Alegre y 40,7% pertenecía al nivel económico C. De los participantes, 51,3% padecía enfermedad crónica, 88,6% aguardaron al menos 24 horas para buscar atención luego del inicio de los síntomas y aproximadamente 53% escogió el servicio de emergencia por cuenta propia. Las razones de utilización del servicio de emergencia por pacientes no urgentes en referencia a su preferencia se asoció a estar trabajando, a realizar cuidados caseros antes de presentarse en Emergencias y utilizar el servicio por propia decisión. Las razones referidas a la disponibilidad de tecnologías se asociaron a estar trabajando, tener lesiones dérmicas y abscesos, aguardar entre 31 y 120 días para efectuarse análisis solicitados en el servicio de salud de referencia, suponer que se necesitaba estudios de imágenes y presentar mayor tiempo de inicio de síntomas. Las razones relacionadas al Hospital de Clínicas de Porto Alegre se asociaron a poseer vínculos con el ambulatorio del hospital y presentar dos o más condiciones crónicas. Las razones referidas al acceso se asocian a no poseer problemas de extremidades, y la razón referente a la percepción de urgencia se asoció a aguardar entre 31 y 120 días para efectuar análisis solicitados en el servicio de salud de referencia y pertenecer a los niveles económicos menos favorecidos. Los motivos para utilizar el servicio de emergencia reflejaron las necesidades de salud y aspiraciones de los pacientes, que deben ser tomados en consideración en la organización de la red de atención.

Palabras-clave: Necesidades y Demandas de Servicios de Salud. Servicio de Urgencia en Hospital. Enfermería de Urgencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição dos grupos etários segundo sexo dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012.	49
Figura 2	Distribuição dos níveis econômicos segundo sexo dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012.	52
Figura 3	Distribuição do grau de instrução pelos grupos etários dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012.	53
Figura 4	Mapa dos distritos de saúde e municípios vizinhos de Porto Alegre, 2012.	55
Figura 5	Horário de funcionamento do serviço de saúde de referência referidos pelos usuários. Porto Alegre, 2012.	60
Figura 6	Tempo em dias que ocorreu a última consulta no serviço de saúde de referência dos usuários. Porto Alegre, 2012.	61
Quadro 1	Escala de triagem conforme o protocolo de Manchester.	37
Quadro 2	Grupos de motivações para utilizar o Serviço de Emergência do HCPA e os respectivos fatores associados.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Município de procedência dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012.	50
Tabela 2	Nível econômico e renda média familiar dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012.	51
Tabela 3	Turnos de atendimento e dias da semana nos quais os usuários não urgentes procuraram atendimento. Porto Alegre, 2012.	54
Tabela 4	Gerências distritais de saúde ao qual pertenciam os usuários não urgentes residentes de Porto Alegre. Porto Alegre, 2012	55
Tabela 5	Problemas de saúde que levaram o usuário a procurar o serviço de emergência. Porto Alegre, 2012	56
Tabela 6	Fluxogramas utilizados na classificação de risco de Manchester. Porto Alegre, 2012.	56
Tabela 7	Discriminadores utilizados na classificação de risco de Manchester. Porto Alegre, 2012.	58
Tabela 8	Grupos de morbidades autorreferidas dos usuários não urgentes que utilizaram o serviço de emergência. Porto Alegre, 2012.	59
Tabela 9	Tempo de espera para a realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência dos usuários. Porto Alegre, 2012.	62
Tabela 10	Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência dos usuários com demandas não urgentes. Porto Alegre, 2012.	65
Tabela 11	Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012	66
Tabela 12	Motivos de utilização do Serviço de Emergência referentes ao HCPA. Porto Alegre, 2012.	66
Tabela 13	Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao acesso. Porto Alegre, 2012.	67
Tabela 14	Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência do usuário. Porto Alegre, 2012	68

Tabela 15	Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes à preferência do usuário. Porto Alegre, 2012.	70
Tabela 16	Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012.	71
Tabela 17	Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012.	73
Tabela 18	Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à própria instituição hospitalar. Porto Alegre, 2012.	75
Tabela 19	Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes ao HCPA. Porto Alegre, 2012.	77
Tabela 20	Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao acesso. Porto Alegre, 2012.	80
Tabela 21	Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à percepção de urgência. Porto Alegre, 2012	81
Tabela 22	Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes à percepção de urgência. Porto Alegre, 2012.	82

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Geral	22
2.2	Específicos	22
3	REVISÃO DE LITERATURA: Utilização dos serviços de emergência	23
4	MÉTODOS	35
4.1	Delineamento do estudo	35
4.2	Campo de estudo	35
4.3	População e amostra	37
4.4	Coleta de dados	38
4.5	Análise dos dados	45
4.6	Aspectos éticos	46
5	RESULTADOS	48
5.1	Perfil demográfico e socioeconômico dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	48
5.2	Caracterização da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes	54
5.3	Motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	63
5.4	Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes à preferência dos usuários com demandas não urgentes	67
5.5	Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes à disponibilidade de tecnologias	71

5.6	Fatores associados aos motivos de utilização do serviço de emergência referentes ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre	74
5.7	Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes ao acesso	79
5.8	Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes à percepção de urgência dos usuários com demandas não urgentes	80
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
6.1	Perfil demográfico e socioeconômico dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	84
6.2	Características da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes	90
6.3	Fatores associados aos motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	104
7	CONCLUSÕES	114
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICE A – Questionário para coleta de dados com usuários não urgentes do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	129
	APÊNDICE B – Manual de instruções para preenchimento do questionário para coleta de dados com usuários não urgentes do Serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	133
	APÊNDICE C – Folha de listagem dos usuários que compõem a amostra	147
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários	148
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cuidadores / acompanhantes de usuários com dificuldades de comunicação	149

APÊNDICE F – Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuário	150
ANEXO A – Lista de sinais e sintomas que conduzem aos fluxogramas utilizados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco	151
ANEXO B – Exemplo de Fluxograma do Sistema Manchester de Classificação de Risco	153
ANEXO C – Declaração de aprovação Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS - COMPESQ	154
ANEXO D – Carta de aprovação da Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	155

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência constituem-se em importante componente da rede de serviços de saúde. Caracterizam-se por disponibilizar atendimento imediato à população em situações agudas, visando à recuperação da saúde e à reversão de agravos de diversas naturezas (BRASIL, 2011).

Os termos emergência e urgência são de difícil conceituação, uma vez que é um tema abrangente que pode ser interpretado de diferentes formas (SOUZA; FELIPPE; SILVA, 2009). Para Goldim (2003), emergência é uma situação na qual o atendimento não pode ser protelado, o usuário deve ser assistido imediatamente. Já as urgências são ocasiões que devem ser atendidas em período de tempo que não exceda duas horas e as situações não urgentes são aquelas que podem ser atendidas em serviços de saúde ambulatoriais.

A procura pelos serviços de emergência nem sempre ocorre por motivos relacionados a situações que requerem atendimento imediato do ponto de vista técnico. Na literatura mundial, o uso dos serviços de emergência por usuários com demandas não urgentes tem preocupado profissionais de saúde e gestores do sistema, constituindo-se em problema que tem contribuído para a superlotação dos serviços de emergência (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

O interesse em abordar o tema originou-se em minha trajetória acadêmica, pois atuei como bolsista de iniciação científica em projeto de pesquisa intitulado “Epidemiologia, territorialização e organização do trabalho no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência de Porto Alegre”. Realizei o trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem estudando as percepções de urgência dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre, bem como os motivos para solicitar atendimento desse serviço.

A realização do referido estudo possibilitou a identificação de situações que podem não representar urgência para profissionais de saúde, mas demonstram a necessidade sentida pelos usuários em serem avaliados pela equipe de saúde, visto que para eles são sinais preocupantes que necessitam de atendimento imediato. Essas condições refletem os significados que os usuários atribuem à urgência e que contribuem para a solicitação de atendimento. Para os usuários, a urgência está articulada ao contexto geral no qual o sintoma ou o problema de saúde se manifesta,

no entanto, para profissionais é definida com base na gravidade dos casos e no saber biomédico (ABREU, 2009).

Durand *et al* (2010) desenvolveram uma revisão crítica de literatura para verificar o que define os usuários como não urgentes. Esses autores identificaram que não há consenso sobre os termos inadequados e não urgentes para descrever a utilização dos serviços de emergência por problemas de saúde que não requerem atendimento imediato. Contudo, o termo não urgentes¹ indica principalmente o nível de gravidade na perspectiva biomédica, ou seja, o usuário não urgente é aquele que busca atendimento sem apresentar sinais e sintomas que sejam indicativos de patologias que necessitem de atendimento imediato. Já o termo inadequado é mais abrangente, pois engloba outras questões além do problema biológico, como o contexto social e psicológico dos usuários, assim como características da rede de atenção à saúde.

A utilização dos serviços de emergência por usuários com demandas não urgentes pode ser influenciada por fatores característicos de cada pessoa ou região, da necessidade de atenção imediata, que depende tanto do ponto de vista do doente, quanto das estruturas assistenciais e a finalidade de cada serviço (ABREU *et al*, 2012). A procura de atendimento nos serviços de emergência pode estar ligada à disponibilidade e facilidade de acesso aos cuidados de saúde que são ofertados (DURAND *et al*, 2010).

Os serviços de emergência reúnem um somatório de recursos tecnológicos, como consultas com clínico geral e especialistas, medicações, procedimentos de enfermagem, exames diagnósticos com resultados no mesmo dia e possibilidade de internações (CHMIEL *et al*, 2011; COLEMAN; IRONS; NICHOLL, 2001; COOKE *et al*, 2006; LEGA; MENGONI, 2008; LUDWIG; BONILHA, 2003; MARQUES; LIMA, 2007; ROCHA, 2005; SCOTT *et al*, 2009; SOUZA, FIGUEIREDO, PINTO, 2010).

Os usuários preferem o atendimento nos serviços de emergência e confiam mais nesse serviço por serem mais resolutivos, pois fornecem atendimento mais rapidamente do que outros serviços de saúde, funcionam durante 24 horas e o acesso é facilitado em comparação com a Atenção Primária à Saúde. Além disso, caso o agravo seja agudo o serviço terá condições de prestar atendimento

¹ Neste estudo, optou-se pelo termo **não urgentes**, por ser utilizado com maior frequência para designar a percepção biomédica, ou seja, dos profissionais de saúde em relação à determinada queixa do usuário.

(ANDRÉS *et al*, 2006; BOUSHY; DUBINSKY, 1999; HWANG; CHANG, 2010; KALEMOGLU *et al*, 2004; KOZIOL-MCLAIN *et al*, 2000; LEGA; MENGONI, 2008; SCOTT *et al*, 2009; SHAH; SHAH; BEHBEHANI, 1996; THAW *et al*, 2011).

Para Gentile *et al* (2010), Kalemoglu *et al* (2004) e Passarín *et al* (2006) os usuários não urgentes podem contribuir para a superlotação dos serviços de emergência e poderiam ser atendidos em serviços de saúde que disponibilizam tecnologias de atendimento de menor complexidade, como os serviços disponíveis na atenção primária à saúde, que têm o potencial de propiciar continuidade da assistência, necessária para uma melhor abordagem dos problemas de saúde (GENTILE *et al*, 2010; KALEMOGLU *et al*, 2004; PASSARÍN *et al*, 2006).

A presença de usuários não urgentes no serviço de emergência pode influenciar negativamente o tratamento de usuários urgentes, levando em consideração que nem sempre o atendimento às situações de urgência e emergência pode ser priorizado, devido à grande procura por atendimento. Conseqüentemente gera insatisfação aos usuários e há uma diminuição da qualidade da assistência devido ao quantitativo de usuários que a equipe precisa atender (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007; HWANG; CHANG, 2010; KALEMOGLU *et al*, 2004; SCOTT *et al*, 2009; SELASAWATI, *et al*, 2007).

Aos profissionais de saúde desses serviços cabe atender tanto aos usuários considerados urgentes como aqueles com demandas não urgentes. Esses usuários interferem no trabalho das equipes que atuam no serviço de emergência, pois desviam o foco da atenção dos profissionais, ao mesmo tempo em que afetam a sua concentração e contribuem para o esgotamento físico desses profissionais, devido à demanda excessiva e ao acúmulo de tarefas e conseqüente sobrecarga de trabalho para toda a equipe de saúde (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004; GARLET, 2008; KALEMOGLU *et al*, 2004).

Estudo realizado no Brasil descreve que a utilização dos serviços de emergência por usuários com demandas não urgentes interfere na capacidade física da enfermagem para atender a toda demanda. A estrutura inadequada, aliada à demanda excessiva, compromete a prestação de cuidados, assim como interfere na organização do atendimento de enfermagem. Como resultado desse processo, os serviços de emergência não oferecem ao usuário assistência integral, pois, a equipe de enfermagem atua pontualmente sobre as queixas dos usuários. Além disso,

ocasiona sobrecarga de cuidados e procedimentos, dificultando a humanização da assistência (MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009).

Essa procura em grandes proporções pelo serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes, aliada à insuficiência de leitos hospitalares, à dificuldade de atendimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção primária e à incipiência nos mecanismos de referência e contra-referência, culmina na superlotação desses serviços, os quais podem ser considerados como importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. Esses serviços se constituem em local de primeiro atendimento aos agravos agudos e possibilitam a identificação de problemas em alguns pontos da rede de atenção, como falhas na integralidade da atenção e falta de ações articuladas de educação para a saúde e proteção contra riscos (BRASIL, 2006).

Os serviços de emergência correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil do que a atenção primária à saúde (MARQUES; LIMA, 2007). Os usuários atribuem maior resolutividade aos serviços de emergência, pois percebem as ações como imediatas, apesar de condicionadas a uma espera em condições inadequadas (LUDWIG; BONILHA; 2003; MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009).

A temática relacionada aos usuários com demandas não urgentes está descrita em estudos realizados em serviços de emergência de vários países com achados diversos. Pesquisas desenvolvidas em serviços de emergência localizados na Malásia (THAW *et al*, 2011), Kuwait (SHAH; SHAH; BEHBEHANI, 1996), Cuba (VOS *et al*, 2008), China (LEE *et al*, 2000), Turquia (KALEMOGLU *et al*, 2004), França (GENTILE *et al*, 2010), Canadá (BÉLAND; LEMAY; BOUCHER, 1998), Itália (BIANCO; PILEGGI, ANGELILLO, 2003) e Coréia do Sul (HWANG; CHANG, 2010) identificaram, respectivamente, 77,29%, 61%, 60%, 57%, 56%, 44,9%, 40% 19,6%, 13,1% de usuários que buscaram atendimento por demandas não urgentes.

No Brasil, no serviço de emergência do Hospital Restauração em Recife, Pernambuco, 74,5% dos usuários apresentavam demandas não urgentes (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004). Em Maringá, no Paraná, 56,7% dos atendimentos realizados em um serviço de emergência foram considerados não urgentes (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002). Em Porto Alegre, 39% dos casos atendidos em um serviço de emergência hospitalar foram considerados não urgentes, ou seja, os usuários poderiam ter o seu problema de saúde solucionado em outro nível de atenção, como os serviços de saúde de menor complexidade disponíveis na atenção

primária à saúde (STEIN *et al*, 2002). Outro estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul, no município de Pelotas identificou 24,2% de usuários não urgentes em um serviço de emergência (CARRET, FASSA, KAWACHI, 2007).

Durand *et al* (2010) identificaram que os percentuais de usuários não urgentes nos serviços de emergência variam consideravelmente, entretanto, destaca-se que a média geral é de 32,1%. Cabe ressaltar que os estudos citados utilizam diferentes critérios para classificar as demandas dos usuários como não urgentes, no entanto, a maioria dos serviços enfrenta excesso de demanda, o que contribui para a superlotação.

Para Hoot e Aronky (2008) e Bullard *et al* (2009) a superlotação dos serviços de emergência é uma manifestação local de um problema que afeta a todo o sistema de saúde. Para solucionar o problema da superlotação e do atendimento por ordem de chegada, alguns países introduziram a triagem como uma possibilidade de organizar o atendimento (DURAND *et al*, 2011). No Brasil, os sistemas de triagem foram recomendados oficialmente pela primeira vez em 2002, na portaria GM 2048 sobre a organização dos serviços de urgência. Nessa publicação já ocorreu a troca do termo internacional triagem por Acolhimento com Classificação de Risco, uma vez que não envolvia diagnóstico e sim priorização do atendimento, o que foi reforçado pela Política Nacional de Humanização (JÚNIOR, MAFRA, 2010).

Os usuários são classificados em eixos de acordo com protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de emergência, os quais são instrumentos que sistematizam a avaliação do quadro de saúde do usuário, avaliam o grau de emergência e urgência por meio de sinais e sintomas apresentados. A finalidade desses protocolos é prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata o mais rápido possível e, dessa forma, baseiam-se na avaliação do usuário (LOKE *et al*, 2002). A garantia de atendimento é assegurada, mas para as demandas de menor gravidade a espera é maior e o usuário pode ter que aguardar por longos períodos para o atendimento (COOKE *et al*, 2006).

É necessário reconhecer a importância do usuário para o funcionamento do sistema de saúde, visto que ele elege qual serviço de saúde utilizará. Dessa forma, é preciso compromisso e preocupação de gestores e de profissionais de saúde em compreender a utilização dos serviços, pois, quando a lógica de atendimento e de organização do sistema de saúde não for condizente com as aspirações dos usuários, caracterizar-se-á o desencontro entre ambos.

Muitos autores abordam a utilização dos serviços de emergência por usuários com demandas não urgentes, entretanto, Carret, Fassa e Domingues (2009) apontaram a necessidade de aprofundamento de estudos sobre os motivos que levam a população a utilizar o serviço de emergência inadequadamente, para estabelecimento de estratégias para reduzir o problema.

Assim, levando em consideração que a presença dos usuários não urgentes interfere no atendimento aos usuários que necessitam de atendimento imediato e contribuem para o aumento da demanda, torna-se relevante identificar o perfil dos usuários não urgentes e as características de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), assim como investigar fatores relacionados aos motivos que levaram os usuários não urgentes a procurar atendimento. Para tanto, parte-se da hipótese de que existem fatores que se associam aos motivos de utilização do serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes.

O HCPA é referência na pesquisa e na assistência, assim como na formação de profissionais da área da saúde. No serviço de emergência desse hospital, segundo dados do Relatório de Informações Gerenciais, 41% dos usuários apresentavam demandas não urgentes nos meses de novembro e dezembro de 2011 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2011). A escolha por esse campo de estudo ocorreu devido às características próprias do serviço, pois disponibiliza maior complexidade tecnológica, destaca-se na organização da rede de atenção às urgências para o município e região metropolitana e atende a elevado quantitativo de usuários não urgentes. Além disso, utiliza o protocolo de Manchester para realizar a classificação de risco, o que possibilita a identificação dos usuários de menor gravidade.

A partir deste contexto, questiona-se: Qual o perfil dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre? Quais são as características de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por esses usuários? Quais os motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar por atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre? Quais são os fatores associados aos motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre?

As características da utilização do serviço de emergência por usuários não urgentes que buscam atendimento, assim como a sua motivação para utilizar esse serviço, contribuem para o entendimento da problemática mencionada e poderão direcionar ações específicas para qualificar o atendimento no serviço investigado e para organização do sistema de saúde municipal e da região metropolitana de Porto Alegre.

2 OBJETIVOS

A partir dos questionamentos realizados em relação ao problema do estudo, os seguintes objetivos foram elaborados.

2.1 Geral

Analisar a utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes

2.2 Específicos

- Descrever o perfil dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Caracterizar a utilização do serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Identificar os motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Analisar os fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com os motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se a revisão de literatura, com enfoque sobre a utilização dos serviços de emergência.

Utilização dos serviços de emergência

A utilização dos serviços de saúde pode ser conceituada como a atitude dos usuários de procurar pelos serviços, acessá-los e se beneficiar com o atendimento recebido (TRAVASSOS *et al*, 2000). Ocorre por meio da interação dos usuários que buscam cuidados nos serviços de saúde com os profissionais que os conduzem dentro do sistema de saúde. O resultado desse processo é complexo e representa o centro do funcionamento do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O uso dos serviços de saúde é o produto resultante da influência de múltiplos elementos, como fatores relativos à organização da oferta, ao comportamento individual dos usuários e dos profissionais, ao perfil das necessidades e das demandas dos usuários (TRAVASSOS *et al*, 2000).

A oferta dos serviços de saúde é determinada pela disponibilidade, tipo, localização geográfica, quantidade de serviços e recursos financeiros, humanos ou tecnológicos destinados à saúde (TRAVASSOS *et al*, 2000). O conhecimento do usuário sobre qual a disponibilidade serviços de saúde, aliada à identificação de alterações no seu estado de saúde, pode levá-lo a utilizar serviços de saúde (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

A solicitação explícita de atendimento realizada pelo usuário é definida, de acordo com Cecílio (2001), como demanda. Compreende as necessidades modeladas pela oferta que os serviços disponibilizam; os usuários podem procurar por consulta médica, medicamentos ou realização de exames, uma vez que são essas as opções disponíveis no serviço de saúde (CECÍLIO, 2001).

Nas demandas de atendimento dos usuários é possível identificar os motivos para procurar os serviços de saúde em busca de soluções para os seus problemas. Expressam desejos, necessidades, planos e deliberações na tomada de decisão

sobre a utilização do serviço, podem ser individuais ou específicos de grupos sociais (MARQUES, 2010). Os motivos pelos quais o usuário procura uma consulta com profissional da saúde pode ir além da morbidade que está sofrendo (MEDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

As necessidades dos usuários podem estar implícitas nas demandas e nos motivos dos usuários para utilizar determinado serviço. São particulares de cada indivíduo, podem se relacionar com a obtenção de boas condições de vida, com o acesso e consumo de tecnologias que possibilitem uma vida melhor e prolongada, com a necessidade de vínculo com profissional ou serviço de saúde e com os diferentes graus crescentes de autonomia no modo de conduzir a vida. Quando o usuário busca atendimento, pode ser um momento crucial para que a equipe de saúde escute as necessidades trazidas pelos usuários (CECÍLIO, 2001).

Apesar da utilização dos serviços de saúde ser influenciada por diversos fatores, é possível identificar um padrão de utilização dos serviços de saúde que extrapola os limites geográficos dos países, como fatores demográficos, por exemplo, idade, sexo, renda, cobertura do sistema de saúde público ou suplementar, assim como a atitude inerente a cada pessoa diante de um problema de saúde (MEDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Entretanto, esses fatores precisam ser avaliados dentro de um contexto cultural, de políticas de saúde e do sistema de saúde disponível (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003).

Estudos realizados em serviços de emergência têm demonstrado que a utilização desses serviços apresenta diferenças entre os sexos, uma vez que as mulheres os têm procurado em maior quantidade do que os homens, seja por demandas urgentes ou não urgentes (BIANCO; PILEGGI; ANGELILLO, 2003; CARRET *et al*, 2011; CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; RUST *et al*, 2008; STEIN *et al*, 2002; VOS *et al*, 2008).

Os dados referentes à faixa etária são heterogêneos. Estudos realizados no Canadá e no Brasil identificaram que a faixa etária que mais utiliza os serviços de emergência é de 35 a 64 anos (CARRET *et al*, 2011; COOKE *et al*, 2006). Outros estudos brasileiros realizados em Recife e São Paulo identificaram, respectivamente, que as faixas etárias de 20 a 49 anos e 18 a 39 anos têm utilizado mais os serviços de emergência do que outras faixas etárias (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004; SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010). Oliveira e Scochi (2002) identificaram que em Maringá, no Paraná, a faixa etária que mais utilizou o serviço de emergência

estudado foi de 0 a 12 anos. Essa diversidade encontrada nos estudos indica que a utilização dos serviços de emergência nas diferentes faixas etárias é dinâmica.

A utilização dos serviços de emergência por usuários não urgentes possui diferenças em relação aos usuários urgentes. Em Quebec, no Canadá, estudo realizado em um serviço de emergência identificou que os usuários não urgentes eram mais jovens do que os usuários urgentes, com média de idade de 43,3 anos (AFILALO *et al*, 2004).

Estudos têm indicado que a maioria dos usuários que buscam atendimento em serviços de emergência é casado ou reside com companheiro (CARRET *et al*, 2011; COOKE *et al*, 2006). No entanto, Afilalo *et al* (2004) não encontraram diferença significativa entre status conjugal e utilização de um serviço de emergência por usuários não urgentes.

Em Pelotas, na região sul do Brasil, entre os usuários mais jovens, os principais diagnósticos médicos foram aqueles relacionados às causas externas e, entre os idosos, aqueles relacionados com problemas circulatórios (CARRET *et al*, 2011). Lago *et al* (2010) identificaram em um serviço de emergência de um município da região metropolitana de Florianópolis que 54,3% dos usuários possuíam doenças crônicas. Desses indivíduos, 52,6% dos usuários eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, 15,8% hipertensos e diabéticos e 15,8% portadores de dor crônica. Esses dados, segundo os autores, merecem destaque, pois essas enfermidades crônicas deveriam ser tratadas e acompanhadas na atenção primária à saúde. Entretanto, a agudização dos casos leva o usuário a buscar atendimento no serviço de emergência (LAGO *et al*, 2010).

No serviço de emergência do Hospital Universitário Regional de Maringá, Paraná, 75,5% dos casos atendidos foram avaliados como passíveis de resolução na atenção primária à saúde, sendo que 43,4% dos atendimentos ocorreram em crianças; 42,6% foram decorrentes de patologias respiratórias, 25% de doenças infecciosas e 8% de patologias do sistema osteomuscular. Desses casos de resolução ambulatorial, 81,4% foram encaminhadas para o domicílio após o atendimento no serviço de emergência (OLIVEIRA, SCOCHI, 2002).

Estudos têm apontado que os usuários buscam os serviços de emergência por iniciativa própria, sem encaminhamento de algum serviço ou profissional da saúde. Na Itália e Espanha, 84,1% e 82,5%, respectivamente, dos usuários de serviços de emergência, apresentaram esse comportamento (ANDRÉS *et al*, 2006;

BIANCO; PILEGGI; ANGELILLO, 2003). Em Maringá, 60,5% dos usuários procuraram espontaneamente atendimento no serviço de emergência (OLIVEIRA, SCOCHI, 2002).

Segundo Carret, Fassa e Domingues (2009), não ser encaminhado por profissional da saúde, não ter vínculo com serviço ou profissional da saúde e ter dificuldade de acessar a atenção primária à saúde foram identificados como fatores associados à utilização dos serviços de emergência por usuários não urgentes. As autoras identificaram, ainda, outros fatores associados à utilização dos serviços de emergência por usuários não urgentes, como maior nível socioeconômico e ausência de co-morbidades. No que se refere à situação ocupacional, aqueles que se ocupavam das tarefas domésticas, que trabalhavam meio período e eram aposentados utilizaram mais os serviços de emergência por demandas não urgentes.

Outro comportamento descrito nos estudos é a demora dos usuários para buscar atendimento depois do início dos sintomas. Carret *et al* (2011) e Bianco, Pileggi e Angelillo (2003) identificaram que os sintomas referidos haviam iniciado há mais de 24 horas. Nos EUA, 71% dos usuários estavam doentes há mais de dois dias e destes 49% perceberam que o problema se iniciara há uma semana ou mais (SCOTT *et al*, 2009).

É esperado que os usuários busquem o serviço de saúde de acordo com a complexidade da sua queixa, entretanto, apesar dos serviços de emergência terem sido planejados para realizar atendimento imediato às urgências e emergências, os usuários têm buscado esses serviços como substitutos da atenção primária à saúde (CHMIEL *et al*, 2011; GANSEL; DANET; RAUSCHER, 2010).

Essa procura espontânea pelos serviços de saúde ocorre de acordo com a percepção do usuário sobre o que é urgente ou não, os usuários buscam atendimento onde há mais facilidade de acesso, não estando, muitas vezes, de acordo com a finalidade do serviço procurado (ABREU, 2009). Por conseguinte, os serviços de emergência lidam com problemas que vão muito além do biológico, tais como questões sociais que podem se tornar urgentes na percepção dos usuários. Assim, a utilização do serviço de emergência por usuários não urgentes ocorre de diversas formas, sendo permeada por múltiplos fatores que podem refletir a subjetividade desses usuários e da sua família, assim como características do sistema de saúde e da comunidade na qual esse indivíduo está inserido.

No entanto, estudo realizado em um pronto atendimento em Porto Alegre identificou que a subjetividade dos usuários é pouco considerada no processo de trabalho das equipes, que era influenciado por saberes, equipamentos, normas e estruturas organizacionais, os quais enfatizam aspectos biológicos para interpretação dos fenômenos vitais, focados nos procedimentos, no saber médico e nas especialidades. Nesse contexto, a inserção do usuário no sistema é feita pelo diagnóstico médico da doença (MARQUES; LIMA, 2008).

Dessa forma, a utilização dos serviços de emergência por usuários não urgentes vem sendo criticada e é apontada como sendo um comportamento não desejado por parte do usuário. Três aspectos se encontram intimamente interligados para a ocorrência da utilização dos serviços de emergência, a acessibilidade, a confiabilidade e a resolutividade desses serviços (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Na opinião dos usuários, na atenção primária há restrição quanto ao horário de funcionamento e quanto ao número de vagas para consulta, sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário, demora para obtenção do atendimento, desorganização do sistema de referência e de contra-referência e as filas de madrugada. Além disso, a confiabilidade se apresenta vinculada à estrutura do serviço no que diz respeito aos seus recursos tecnológicos, assim, a imagem sobre a atenção primária à saúde tem sido muito desfavorável (OLIVEIRA, MATTOS, SOUZA, 2009).

Estudo identificou que 40% dos usuários de um serviço de emergência nunca haviam cogitado a possibilidade de buscar atendimento em uma unidade da atenção primária à saúde, sendo que 20% procuram esse serviço sempre que precisam independentemente da gravidade do caso (KALEMOGLU *et al*, 2004).

Estudos realizados em várias localidades têm abordado os motivos dos usuários para utilizar os serviços de emergência. Em Denver, nos Estados Unidos da América, 52,3% dos usuários optaram pelo serviço de emergência porque não precisava de agendamento, 51,2% porque a localização do serviço era conveniente, 46,4% por oferecer atendimento mais rapidamente, 43,9% para fazer exames e obter o resultado no mesmo dia, 42,7% para obter medicação no mesmo dia, 40,6% por estar aberto depois do trabalho, 31,9% buscaram o serviço de emergência porque foram encaminhados pela atenção primária à saúde e 28,8% foram aconselhados por familiares e amigos a buscar atendimento no serviço de

emergência (SCOTT *et al*, 2009).

No Brasil, em Pelotas, estudo identificou que 58,2% dos usuários optaram por procurar atendimento no serviço de emergência porque entendiam que esse serviço apresentava melhores condições de resolver o problema do que a atenção primária à saúde, 42,1% pela facilidade de acesso a exames, 40,7% para receber medicação de alívio dos sintomas, para 20,5% o serviço de emergência era o único lugar aberto para consultas e 8,2% não conseguiu agendar consulta na atenção primária à saúde (CARRET *et al*, 2011).

Os motivos dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento em serviços de emergência descritos por Carret, Fassa e Domingues (2009) não se diferenciam daqueles descritos anteriormente. Os motivos desses usuários para procurar atendimento podem se relacionar a questões referentes ao acesso aos demais serviços da rede de atenção, como dificuldades enfrentadas na utilização da atenção primária à saúde: unidades de saúde fechadas no horário que o usuário procurou, demora para agendamento de consultas, assim como pela facilidade de exames diagnósticos e maior confiança no serviço de emergência (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

Outro estudo brasileiro identificou que os usuários e familiares estão descontentes com a resolutividade da atenção primária à saúde, pois necessitam retornar várias vezes ao serviço para resolver o problema. Há valorização dos sinais e sintomas, porém os usuários não recebem tratamento ou um diagnóstico no momento da procura, contribuindo para um agravamento do quadro de saúde (MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009).

Reconhece-se que a satisfação dos usuários em relação a determinado serviço de saúde é imprescindível, pois os usuários são mais susceptíveis a utilizar o serviço de emergência para visitas não urgentes quando acreditam que sua fonte usual de cuidado não satisfaz suas necessidades (SARVER; CYDULKA; BAKER, 2002). No Brasil, Carret, Fassa e Kawachi (2007) identificaram que os usuários os quais enfrentaram dificuldades relacionadas ao agendamento de consultas médicas na atenção primária à saúde eram 40% mais propensos a utilizar o serviço de emergência por demandas não urgentes. Para Sarver, Cydulka e Baker (2002) quando os usuários buscam a atenção primária à saúde e não recebem atendimento satisfatório em um tempo adequado, o serviço de emergência se torna a única opção de atendimento para esses usuários.

O usuário utiliza os serviços de saúde em busca de resolução para as suas necessidades; não conseguindo, desloca-se de um serviço para outro até obtê-la. A manifestação de uma necessidade pelo usuário pode expressar a solução pensada, por ele, do que representa um problema. A definição do problema leva em conta o conceito de saúde-doença apreendido por ele nas relações sociais e no cotidiano. Cabe aos trabalhadores/gestores a compreensão e caracterização desses problemas a fim de tornar o atendimento mais acolhedor, utilizando uma abordagem que leve à solução competente e que satisfaça o usuário (MARQUES; LIMA, 2007).

Passarín *et al* (2006) realizaram estudo em um serviço de emergência hospitalar localizado em Barcelona, Espanha, e identificaram que existem fatores que influenciam a tomada de decisão dos usuários não urgentes para usar esse serviço: percepção de sintomas como urgentes, elaboração de autodiagnóstico e conhecimento da oferta de serviços.

A percepção de sintomas referidos como urgentes é um fator decisivo para a utilização dos serviços de emergência, pois será a partir dessa percepção que os usuários elaborarão mecanismos simbólicos e ações para recuperar a normalidade perdida ou entender o que está acontecendo com sua saúde. A partir da percepção de perda de saúde, o usuário cria um autodiagnóstico o qual geralmente é baseado em sintomas conhecidos previamente, constituindo, assim, a chave para a construção de demanda (PASSARÍN *et al*, 2006).

Após a construção do autodiagnóstico, os usuários identificam qual é o serviço de saúde que é capaz de atendê-lo, assim, dependendo da gravidade atribuída, o usuário irá ou não buscar atendimento nos serviços de emergência. Além disso, os usuários avaliam o seu contexto global, como encargos domésticos e a falta de horários flexíveis associados ao trabalho, como longas jornadas de trabalho, insegurança no trabalho e medo de perda de emprego, eles decidem buscar atendimento em local que disponibilize atenção imediata. Dessa forma, quanto mais importância o fator tempo representa para a pessoa, maior é a probabilidade do uso do serviço de emergência (PASSARÍN *et al*, 2006).

Assim, a construção da demanda a determinado serviço de saúde pelos usuários ocorrerá de acordo com o que ele julga necessário para melhorar a sua saúde, levando em consideração os recursos ofertados pelos serviços de saúde aliada à idéia de como isso vai afetar as suas necessidades. Os indivíduos ajustam a

oferta de serviços ao contexto ao qual se inserem, estruturando suas demandas para serem atendidos em serviços de emergência (PASSARÍN *et al*, 2006).

Ao realizar o autodiagnóstico, os usuários elaboram também, um prognóstico do seu estado de saúde e, geralmente, consideram que seu estado de saúde está debilitado (BIANCO; PILEGGI, ANGELILLO, 2003; BOUSHY; DUBINSKY, 1999; HOWARD; GOERTZEN, 2008; KOZIOL-MCLAIN *et al*, 2000; LEE *et al*, 2000; OLIVEIRA, SCOCHI, 2002; PASSARÍN *et al*, 2006; RASSIN *et al*, 2006).

Os usuários não urgentes do município de Marília, São Paulo, consultam no serviço de emergência por problemas que atrapalham gravemente a sua vida cotidiana: no domínio social, familiar, conjugal, profissional, econômico, geralmente essas pessoas pertencem às camadas socioeconômicas mais baixas. Devido à precariedade de seus meios e condições de existência, muitos desses usuários vivem normalmente em uma situação de urgência permanente e com poucas garantias contra as ameaças de toda ordem que potencialmente os cercam. Em um contexto geral de urgência e insegurança, muitos pequenos problemas de saúde podem vir a se tornarem grandes (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

A percepção da urgência se configura em uma construção contextual que engloba diversos sinais que indicam perigo, é também uma construção coletiva da qual todos participam, isto é, não somente o doente, mas membros de sua família e até vizinhos. Nem sempre o doente participa dessa construção, às vezes, o estado de saúde é designado e apresentado por suas famílias/vizinhança como grave, mas o doente apresenta outra percepção, de que sua saúde está bem e não necessita de ajuda de urgência (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005). Assim, o usuário ajusta a oferta de serviços ao seu contexto de convívio, estruturando, dessa forma, a sua solicitação de atendimento nos serviços de emergência (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

A palavra urgência não possui o mesmo significado para a população e para a equipe de saúde. Para as equipes de saúde as urgências são patologias que comprometem a função do organismo; para a população, as urgências são situações de aflição, angústia, abandono e miséria que requerem auxílio e assistência para que seja possível uma solução imediata a uma dificuldade passageira (BARRIER, 2001).

Essa divergência de opinião sobre a definição de urgência entre usuários e profissionais foi identificada em outro estudo. Dos 61% usuários que foram classificados como não urgentes por profissionais da saúde, 32% percebiam sua

situação de saúde como extremamente urgente, 45% consideravam sua situação como urgente e 23% consideravam sua situação como não urgente (SHAH; SHAH; BEHBEHANI, 1996). Outro estudo identificou que cerca de 77% dos usuários classificaram seu estado como urgência, enquanto as enfermeiras da triagem os classificam como não urgentes (RASSIN *et al*, 2006). Quando os usuários sentem a necessidade urgente para consultar um médico, ainda que subjetiva, os recursos tecnológicos disponíveis nos serviços de emergência os levam a consultar diretamente nesses serviços (VOS *et al*, 2008).

Para Stein *et al* (2002) essa divergência de percepção de urgência entre usuários e profissionais de saúde representa um importante aspecto que deve ser levado em consideração, pois as pessoas vão utilizar os recursos de saúde de acordo com suas necessidades percebidas e não de acordo com as expectativas dos gestores do sistema de saúde.

Os usuários têm o conhecimento de quais situações são urgências do ponto de vista biomédico, entretanto, diante do atendimento que receberam no serviço de emergência e da resolutividade percebida nesse atendimento, como realização de exames e administração de medicações, optam por utilizar esse serviço ao invés da atenção primária à saúde (LAGO *et al*, 2010).

Estudo realizado em um pronto atendimento de Porto Alegre – RS identificou que os usuários buscam solucionar no serviço as necessidades agudas ou não, mas que repercutem em desconforto e dificuldades. Apesar da insistência de profissionais e gestores de que a atenção primária à saúde é o local ideal para atendimento do usuário com demandas não urgentes, isso não tem acontecido com a frequência esperada. Nessas situações os usuários não conseguem atendimento imediato na atenção primária à saúde, sendo encaminhados para os serviços de pronto atendimento (MARQUES; LIMA, 2008).

Existem dificuldades de acesso aos serviços de saúde que ocorrem em qualquer nível de atenção, deixando a impressão de que os serviços de saúde não são organizados para o usuário, pois ele continua não sendo escutado no que se refere as suas necessidades que, sejam quais forem, precisam ser atendidas (ROCHA, 2005).

Nesse sentido, o serviço de emergência apresenta-se como uma porta de entrada organizada para acolher o usuário, levando em conta o fato de que existe uma demanda reprimida que busca soluções para seus problemas no serviço de

emergência que precisa responder a essa demanda, entretanto, penaliza-se os usuários pelo uso indevido do recurso de saúde, fazendo-os peregrinar (MARQUES; LIMA, 2008).

Para Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) a utilização do Hospital Restauração em Pernambuco é considerada como uma “válvula de escape” dos serviços de saúde, esse fato aponta para a ineficácia do Sistema de Saúde brasileiro, incapaz de oferecer a esses indivíduos não urgentes acesso facilitado à rede de atenção primária, encaminhando-os aos serviços de urgência e emergência.

O sistema de saúde está organizado de forma fragmentada. A atenção primária não se comunica adequadamente com os serviços de saúde de nível secundário e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Dessa forma, a atenção primária é impedida de exercer seu papel de coordenação do cuidado. É preciso superar esse sistema fragmentado por meio da implantação de redes de atenção, visto que os serviços de saúde isolados, sem comunicação entre os demais pontos da rede, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2010).

Estudo realizado na central de chamadas dos bombeiros (193) e na central de ambulâncias (192) do município de Marília, São Paulo, identificou que o serviço oferecido assemelha-se a um serviço social, pois oferece atendimento 24 horas por dia e, por isso, preenche os espaços, deixados vazios por outros agentes e instituições de serviço público. A central dos chamados reflete o desamparo e a carência de recursos da população de baixa renda, tendo em vista os pedidos que recebem e as necessidades expressas pelos solicitantes. Representa, assim, o reflexo do infortúnio social e individual, cujos problemas de saúde surgem por meio de demandas variadas, que em um contexto de escassez, acabam, na maioria das vezes, sendo atendidas pelas centrais (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005). Barrier (2001) identificou em estudo realizado no SAMU francês que mais da metade dos chamados não eram urgências, pois decorriam de problemas sociais que, geralmente, eram resolvidos por meio de conselhos ou visita domiciliar da equipe de saúde do SAMU.

Segundo Almeida e Pires (2007), em estudo realizado no sul do Brasil, o acesso indiscriminado aos serviços de emergência, provoca tensão nos locais onde é feito o atendimento, resultando em desgaste para os trabalhadores e desconforto para os usuários. O rápido desenvolvimento tecnológico, a especialização dos

saberes e a complexidade das situações atendidas, sem aumento de recursos materiais, humanos e físicos culminam em profissionais da saúde com cargas elevadas de trabalho que provocam sofrimento, conflitos e impossibilitam a expressão da subjetividade no trabalho. Garlet (2008) identificou que os profissionais reconhecem a dificuldade do usuário em sua trajetória terapêutica, mas expressam insatisfação com a sobrecarga de trabalho causada pelo volume de atendimentos.

Atualmente, a literatura traz diversas formas de pensar o atendimento aos usuários não urgentes que buscam os serviços de emergência. Dessa forma, existem diversas vertentes de pensamento quanto à utilização dos serviços de emergência por usuários não urgentes, constituindo-se em assunto polêmico no âmbito acadêmico e assistencial.

Howard e Goertzen (2008) defendem o encaminhamento desses usuários para a atenção primária à saúde, uma vez que o atendimento nesse nível de atenção é menos oneroso ao sistema de saúde. Já para Scott *et al* (2009) a solução para esse comportamento não está em encaminhar esses usuários novamente ao seu médico da atenção primária à saúde, mas sim na realização de medidas de educação pública, como por exemplo, a realização de panfletos informativos ensinando os usuários a utilizarem os serviços de emergência de forma mais sábia. Alguns autores afirmam que educar a população pode auxiliar na diminuição da demanda dos usuários nos serviços de emergência, pois a partir da educação recebida os usuários reconheceriam os riscos e as desvantagens da utilização desses serviços como principal fonte de cuidados e passariam a redirecionar a sua demanda para a atenção primária à saúde (BOUSHY; DUBINSKY, 1999; KALEMOGLU *et al*, 2004; ROS *et al*, 2011; SELASAWATI *et al*, 2007; THAW *et al*, 2011). As propostas apresentadas pelos autores para a diminuição da utilização dos serviços de emergência por usuários não urgentes foram idealizadas em outros países, que possuem características específicas, as quais podem ser determinantes para o sucesso das intervenções. No Brasil são necessários estudos que aprofundem o conhecimento sobre esses usuários para que seja possível propor estratégias específicas que sejam adequadas para a realidade brasileira.

Com base nos estudos citados, pode-se afirmar que a utilização dos serviços de saúde ocorre sob influência de vários fatores que podem estar relacionados a características do sistema de saúde, geográficas, demográficas, sociais e culturais. No que se refere à utilização dos serviços de emergência por usuários não urgentes,

a noção de urgência atua como um fator determinante para a escolha do serviço nessas situações. Essa pluralidade de percepções sobre a determinação de uma urgência pelos usuários não pode ser entendida se isolada dos diversos contextos que contribuem para sua elaboração, pois suas raízes se encontram na construção social da percepção de urgência, o que contribui para a procura de atendimento em casos não urgentes. Dessa forma, é preciso compreender dentro desse processo, as motivações desses usuários para buscar atendimento no serviço de emergência, pois o excesso de demanda prejudica a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários.

4. MÉTODOS

Nesta seção, será descrita a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo.

4.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico analítico, com seccionamento transversal do tipo inquérito/*survey*. Esse tipo de estudo, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), apresenta um corte no fluxo histórico do evento investigado, no qual o fator e o efeito são observados num mesmo momento, evidenciando as suas características e correlações. Dessa forma, possibilita a identificação de informações importantes e úteis para a elaboração de propostas para melhorias de problemas identificados.

4.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Trata-se de uma instituição pública de direito privado, fundada em 1970, integrante da Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo considerado um hospital de referência para a sociedade (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2008).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre conta com qualificadas equipes assistenciais coordenadas por professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, oferece atendimento de excelência em mais de 60 especialidades e possui foco nas melhores práticas e uso de modernas tecnologias (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2008).

No ano de 2011 foram realizadas, aproximadamente, 590 mil consultas, 32 mil internações, 45 mil procedimentos cirúrgicos, 248 mil procedimentos em

consultórios, 2,7 milhões de exames, 3.778 partos e 478 transplantes (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012a).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para realizar as atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa, contava em 2011 com um quadro de 5.546 e funcionários, 290 professores (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012a).

Com vistas a aprimorar os processos de atendimento, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre utiliza uma ferramenta informatizada para gestão hospitalar (Aplicativo de Gestão para Hospitais - AGH) para o registro das informações relativas aos atendimentos, sendo que os prontuários dos usuários são eletrônicos.

O Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, criado em 1989, caracteriza-se pelo atendimento de urgência nas especialidades clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica, durante as 24 horas do dia. Oferece assistência a usuários oriundos de Porto Alegre e da Região Metropolitana, assim como de outros municípios do estado do Rio Grande do Sul (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012b).

Após reforma da área física e reestruturação dos processos de trabalho, o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, implantou em 2005 o Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Em setembro de 2011 o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre adotou o protocolo de Manchester para realizar a classificação de risco, sendo as enfermeiras os profissionais responsáveis por essa avaliação (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012c).

O grupo de classificação de risco de Manchester foi formado em 1994, no Reino Unido, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiras dos serviços de emergência para um padrão de triagem ou classificação de risco. Atribuiu-se a cada prioridade, número, cor e um nome, sendo cada uma delas definida de acordo com o tempo-resposta ideal até a primeira avaliação médica, gerando uma escala de triagem, conforme o Quadro 1. Posteriormente, em Portugal, foi introduzida uma nova prioridade, representada pela cor branca, na qual são classificados todos os usuários com eventos/queixas não compatíveis com o serviço de emergência, como por exemplo, usuários admitidos para procedimentos eletivos ou programados, retornos e atestados. O protocolo de Manchester foi

validado no Brasil pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco em 2010 (MACKWAY-JONES, MARSDEN, WINDLE; 2010).

Quadro1. Escala de triagem conforme o protocolo de Manchester.

Número	Nome	Cor	Tempo-resposta máximo
1	Emergência	Vermelho	0 minuto
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos
6	-----	Branco	-----

Fonte: MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Emergency Triage. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

A classificação de risco, conforme o método do protocolo de Manchester, inicia-se com a identificação do problema, que é a queixa do usuário, ou seja, o principal sinal ou sintoma que motiva o usuário a procurar o serviço de emergência. A partir da queixa do usuário, a enfermeira da classificação de risco procede à escolha do fluxograma mais adequado em uma lista com 52 opções (ANEXO A). Cada fluxograma possui discriminadores, que são características que diferenciam os usuários entre si de tal forma que permitem a determinação da prioridade clínica (ANEXO B). A definição e explicação de cada discriminador ficam disponíveis para consulta ao lado do respectivo fluxograma. A partir do discriminador escolhido será definida a gravidade do usuário.

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta pelos usuários com demandas não urgentes que utilizaram o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram considerados usuários com demandas não urgentes aqueles indivíduos que foram classificados pelas enfermeiras como pouco urgentes (verdes) e não urgentes (azuis) de acordo com o protocolo de Manchester.

Foi definida uma estratégia de amostragem aleatória simples, com igual probabilidade de seleção de todos os indivíduos, proporcionando uma amostra representativa da população estudada (CALLEGARI-JACQUES, 2003). O cálculo do tamanho amostral foi realizado com auxílio de consultoria com estatístico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, utilizando-se os resultados de estudos publicados (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; BIANCO; PILEGGI; ANGELILLO, 2003) e os dados disponíveis no Relatório de Informações Gerenciais do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2011) sobre usuários classificados como pouco urgentes (verdes) e não urgentes (azuis). O tamanho da amostra calculada foi de 384 usuários com demandas não urgentes ($n=384$), utilizando a fórmula para estimação de proporções da população com precisão absoluta específica, com intervalo de confiança de 95% e margem de erro aceitável de 5% ($\alpha = 0,05$). Assumiu-se a prevalência de 50% (0,5) para maximizar o tamanho da amostra, de forma que seja suficiente para estimar as diversas características que serão estudadas.

Os critérios de inclusão na amostra foram: usuários adultos classificados como pouco urgentes (verdes) e não urgentes (azuis) conforme classificação de risco de Manchester realizada pelas enfermeiras, que pertenciam ao grupo etário de 18 a 59 anos e 11 meses. No caso do usuário apresentar dificuldade de comunicação verbal, o seu cuidador / acompanhante foi entrevistado como informante substituto.

Os critérios de exclusão da amostra foram: usuários com dificuldade de comunicação que estavam acompanhados por cuidador / acompanhante que não sabia prestar as informações solicitadas, usuários que não aguardaram por atendimento após serem classificados de acordo com a sua gravidade e aqueles que não responderam ao chamado por duas vezes, sendo que o segundo chamado era realizado após 10 minutos da ocorrência do primeiro.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados mediante aplicação, pela pesquisadora ou por entrevistadores treinados, de um questionário estruturado com os usuários incluídos

na amostra (APÊNDICE A). Para garantir a constância da comunicação na coleta de dados, foram treinados como entrevistadores cinco estudantes de graduação em enfermagem, por meio de reuniões com a pesquisadora, com apresentação do projeto e orientações sobre a aplicação dos questionários. Um manual de instruções (APÊNDICE B), elaborado com base em Carret (2007), foi utilizado como guia para os entrevistadores. A coleta de dados foi realizada no período de 14 de maio a 24 de junho de 2012 durante todos os dias, inclusive em finais de semana e feriados.

Em cada dia, a coleta de dados foi realizada em um turno de atendimento. Os turnos foram divididos em manhã (7:00 às 12:59 horas), tarde (13:00 às 18:59 horas) e noite (19:00 às 23:59 horas). Não foi incluído o período das 24:00 às 6:59 horas, pois os dados obtidos no Relatório de Informações Gerenciais (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2011) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre estão de acordo com a literatura, que descreve diminuição da procura de atendimento nos serviços de emergência por usuários não urgentes no período da noite (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007; AFILALO *et al*, 2004). Apesar disso, o início do turno da noite foi incluído com vistas a obter resultados com maior fidedignidade.

Para a definição do turno de atendimento a ser realizada a coleta, procedeu-se a realização de sorteio. Inicialmente, foram sorteados 15 turnos de atendimentos, correspondentes aos 15 primeiros dias de coleta, sendo 5 manhãs, 5 tardes e 5 noites. Tendo em vista o número de usuários que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, repetiu-se o sorteio duas vezes, prevendo-se que ao término dos dias sorteados o tamanho da amostra seria alcançado. Dessa forma, foram sorteados 45 turnos de atendimento, no entanto, cessou-se a coleta de dados no final do 42º dia, uma vez que foi obtido o tamanho amostral necessário, totalizando o preenchimento de 386 instrumentos de coleta de dados.

Daqueles usuários que se enquadraram na faixa etária de inclusão do estudo e procuraram o serviço de emergência nos turnos de coleta de dados, 48 usuários não compuseram a amostra porque não aceitaram participar da pesquisa ou preencheram os critérios de exclusão do estudo.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) os fatores externos podem afetar as variáveis do estudo. Por exemplo, o contexto ambiental no qual se coletam os dados pode influenciar os sujeitos, podendo alterar as respostas fornecidas, assim como a

variável dependente pode ser influenciada pela hora do dia ou a época do ano em que foram coletados.

Para o controle dos fatores relacionados ao contexto ambiental, optou-se pela condução da coleta de dados em local pré-determinado, sendo o setor de classificação de risco do serviço de emergência escolhido para tal, por ser onde os usuários não urgentes aguardam por atendimento. Quando a sala de realização de eletrocardiograma não estava em uso, este local foi utilizado para a aplicação do questionário, por ser um espaço que oferecia maior privacidade. Quando a referida sala estava ocupada, procurava-se local adequado para a realização da coleta de dados, a qual era conduzida nas cadeiras da sala de espera ou nos consultórios médicos, caso estivessem disponíveis.

No que se refere ao controle dos fatores externos relacionados ao tempo, os dados foram coletados de forma que fosse mantida a constância do tempo, ou seja, contemplando de forma igualitária os turnos de atendimento. Assim, os 42 dias de coleta de dados foram distribuídos da seguinte forma quanto aos turnos de atendimento e aos dias da semana:

- Quatorze dias de cada turno de atendimento,(14 manhãs, 14 tardes e 14 noites);
- Seis dias de cada dia da semana (6 segundas-feiras, 6 terças-feiras, 6 quartas-feiras, 6 quintas-feiras, 6 sextas-feiras, 6 sábados e 6 domingos).

Além disso, visando maior organização e controle das informações coletadas, utilizou-se uma folha de listagem (APÊNDICE C), a qual continha informações como turno de coleta de dados, número de chegada do usuário no serviço durante o turno de coleta, número do questionário realizado e o nome do usuário que foi incluído na amostra. Em cada turno de coleta uma nova folha de listagem era preenchida, e ao término de cada turno a folha era entregue para a pesquisadora.

Conforme recomendam Polit, Beck e Hungler (2004) e Gil (2002) foi realizado pré-teste do instrumento, para determinar a clareza e a precisão dos termos e identificar se a quantidade e a ordem das perguntas estavam adequadas, sem parcialidade e úteis na geração das informações desejadas. O questionário foi testado com 10 respondentes, pois, segundo Gil (2002) com esse número já é possível avaliar o instrumento. A finalidade desse processo foi analisar o tempo necessário para preenchimento e as dificuldades para entendimento das respostas

às questões do instrumento. O pré-teste não visa à coleta dos dados para responder aos objetivos da pesquisa (GIL, 2002), logo, os usuários que participaram do pré-teste não constituíram parte da amostra. Após o pré-teste, ajustes na redação do questionário foram realizados.

A decisão da inclusão das variáveis para compor o instrumento do estudo, levou em consideração estudos publicados na literatura sobre a temática (CARRET, 2007; GENTILE *et al*, 2010; THAW *et al*, 2011). As seguintes variáveis foram coletadas:

- **Demográficas:**

- Data de nascimento (dia/mês/ano);
- Sexo (masculino, feminino);
- Status conjugal (solteiro, casado, divorciado, união estável, viúvo);
- Município de procedência (Porto Alegre ou outro, se outro qual município);

- **Socioeconômicas:**

- Nível econômico, de acordo com o critério de classificação econômica do Brasil, preconizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2012), estima o poder de compra das famílias, classificando-as em níveis (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E). Esse critério consiste em um sistema de pontos que abrange a quantidade de posse de itens e o grau de instrução do chefe da família;
- Escolaridade (número de anos completos de estudo);
- Status ocupacional (trabalha: sim ou não, incluindo trabalho informal, se sim a ocupação relatada pelo usuário). As ocupações referidas pelos usuários foram agrupadas em profissionais não braçais especializados², braçais especializados³, braçais e não braçais semiespecializados⁴ e

² Analista de exames laboratoriais, *cake designer*, economista, empresário, enfermeiro. Profissionais de nível superior da área do comércio, biomedicina, marketing e professor.

³ Agricultor, apicultor, bordadeira, colorista, eletricitista, industrial, padeiro e montador de instrumentos musicais em orquestras.

⁴ Assessor de imprensa, assistente jurídico, auxiliar administrativo de nível médio, auxiliar de consultório dentário, artesão, cabeleireiro, cuidadora de nível médio completo, cobrança financeira, comerciante de nível médio, consultor de viagem, corretor de imóveis, cuidadora de nível médio,

braçais e não braçais não especializados⁵, para essa classificação utilizou-se como referência o trabalho desenvolvido por Santos (2009);

- Meio de transporte para o deslocamento até o Serviço de Emergência do HCPA (ônibus, veículo próprio, táxi, a pé ou outro, se outro qual meio de transporte foi utilizado).
- **Utilização do serviço de emergência:**
 - Turno em que procurou o serviço de emergência na demanda atual (manhã, tarde, noite);
 - Dia da semana da demanda atual (segunda-feira, terça-feira, quarta-feira, quinta-feira, sexta-feira, sábado e domingo);
 - Gerência Distrital de Saúde no qual o usuário reside (Centro, Glória/Cruzeiro/Cristal, Leste/Nordeste, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Partenon/Lomba do Pinheiro, Restinga/Extremo sul, Sul/Centro-sul ou usuário reside em outro município);
 - Problema de saúde que levou o usuário a procurar o serviço de emergência.
 - Fluxograma, discriminador e a prioridade estabelecida pelas enfermeiras conforme o protocolo de Manchester no dia em que o usuário buscou atendimento e respondeu ao questionário (a coleta dessas variáveis foi realizada por meio de busca nas evoluções das enfermeiras no Aplicativo de Gestão Hospitalar. Nesta etapa, não foi possível coletar dados de todos os participantes, pois não havia registros de 48 (12,4%) usuários no que se refere à queixa principal, de 43 (11,1%) usuários não foram obtidas informações sobre fluxogramas e discriminadores

escrevente, inspetor de qualidade, missionário religioso, motorista, organização de eventos, operadora de crédito, professora de nível médio, protético odontológico, recepcionista de nível médio, secretário de nível médio, taxista, técnico em enfermagem, técnico de refrigeração.

⁵ Atendente, autônomo, auxiliar de depósito, auxiliar de estofaria, auxiliar de estoque, auxiliar de limpeza, auxiliar logística, auxiliar de montagem, auxiliar de produção, auxiliar de protético odontológico, balconista, chapista, caminhoneiro, comerciante de nível fundamental, construção civil, costureira, cozinheiro, cuidadora de nível fundamental, demonstradora, despachante, doméstica, faxineira, gari, garçom, gesseiro, manicure, manutenção de móveis, operador de caixa, operador de estacionamento, passadeira, pedreiro, porteiro, profissional do sexo, recepcionista, segurança, serviços gerais, separador em depósito, telefonista, vigilante e zelador.

utilizados e de 38 (9,8%) não havia registro das prioridades (cores) estabelecidas pelas enfermeiras.

- Autopercepção de saúde (excelente, bom, regular e ruim);
- Doenças crônicas relatadas pelo usuário (sim ou não, se sim, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, problema respiratório, problema cardíaco, depressão, câncer e outras que o usuário relatar). As patologias crônicas foram categorizadas de acordo com o grupo de causas da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).
- Hábito de procurar assistência antes de vir ao serviço de emergência (sim ou não. Se sim: possui serviço de saúde onde costuma consultar: não possui, unidade/serviço ou centro de saúde (Nome da unidade/serviço de saúde), clínica privada, serviço de emergência, ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou outro. Se costuma procurar assistência em outro local, onde costuma ir);
- Plano de saúde (sim ou não).
- Atitude diante do problema atual de saúde, antes de ir ao serviço de emergência (sim ou não, se sim procurou serviço de saúde, automedicação, cuidados caseiros. Se buscou serviço de saúde, procurou unidade/serviço ou centro de saúde, clínica privada, serviço de emergência, ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ou outro. Se procurou assistência em outro local, onde procurou);
- Início dos sintomas (número de dias ou de horas);
- Quem tomou a decisão de procurar assistência no serviço de emergência (profissional da saúde, por conta própria ou outra pessoa, se outra pessoa quem decidiu pelo Serviço de emergência);
- Horário de funcionamento da unidade/serviço de saúde de referência do usuário, sendo este entendido como o local onde o usuário costuma procurar atendimento diante de um problema

de saúde, como unidades básicas de saúde e clínicas privadas (manhã, tarde e noite);

- Tempo desde a última consulta unidade/serviço de saúde (período decorrido em dias, mais de um ano, nunca consultou ou não lembra);
 - Tempo que decorreu entre solicitação de consulta até a consulta propriamente dita na última vez que solicitou (número de dias ou não lembra);
 - Realização do último exame solicitado na unidade/serviço de saúde (sim ou não, se sim, realizou ou realizará particular ou por convênio ou pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para ambos o tempo decorrido entre a solicitação do último exame e a sua realização em número de dias ou se ainda aguarda a realização do exame);
 - Vínculo com profissional de algum serviço de saúde (sim ou não, se sim, com qual profissional e em qual serviço saúde ele atende);
 - Ideia de diagnóstico médico que receberá (sim ou não, se sim qual diagnóstico imaginado);
 - Percepção sobre a necessidade de realizar exames diagnósticos (sim ou não, se sim quais exames);
- **Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA:**
 - Motivos referidos pelos usuários não urgentes para utilizar o serviço de emergência (Porque o seu estado de saúde é uma urgência, então deve ser atendido no serviço de emergência, dificuldade de agendamento de consultas na unidade/serviço de saúde; facilidade para consultar com médico; para ser medicado e obter alívio de sinais e sintomas, porque o atendimento mais rápido, para realizar procedimentos de enfermagem, porque é próximo de casa, o Serviço de emergência tem melhores condições de resolver o problema de saúde do que os outros serviços de saúde, para realizar exames diagnósticos com resultados no mesmo dia, para obter internações, porque confio mais nesse serviço do que em outros, o horário de

funcionamento mais conveniente, porque está aguardando consulta com especialista, mas está demorando muito, porque realiza, atualmente, acompanhamento no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, porque veio encaminhado do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e outro. Se outro, por qual motivo).

4.5 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram digitados em planilha do programa Excel, impressos e as respostas dos questionários foram conferidas de acordo com a digitação. Posteriormente o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18.0, para armazenamento, gerenciamento e análise dos dados.

As variáveis quantitativas de distribuição normal foram descritas por meio de médias e desvio padrão, no entanto as variáveis com distribuição assimétrica foram descritas por meio da mediana e intervalo interquartil. O cálculo de frequência absoluta e relativa foi realizado para a descrição das variáveis qualitativas.

Para a descrição do perfil dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi realizada análise univariada das variáveis demográficas e socioeconômicas.

Para a caracterização da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários não urgentes foi realizada análise univariada das variáveis relativas à utilização do serviço de emergência.

Para análise estatística dos motivos dos usuários não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, procedeu-se inicialmente à análise univariada, após foi realizada análise bivariada para identificar associações entre as variáveis e, posteriormente foi realizada análise multivariada para ajuste dos resultados com significância estatística.

Para avaliar a significância estatística nos cruzamentos bivariáveis, foram utilizados testes de associação. O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar a

existência de associação entre variáveis categóricas e o teste de *Mann-Whitney* para análise da significância entre as variáveis categóricas e quantitativas, uma vez que as variáveis apresentaram distribuição assimétrica. Foram considerados significativos os resultados com $p \leq 0,05$. Quando o teste aplicado apresentava significância, considerou-se o resíduo ajustado $\geq 1,96$ para verificar associação entre as categorias. Após análise bivariada, procedeu-se à regressão múltipla de Poisson, com estimativa de variâncias robustas. As variáveis independentes que entraram no modelo foram aquelas que apresentaram associações significativas com o desfecho na análise bivariada, foi considerada a significância $p \leq 0,05$ com intervalo de confiança de 95,0%.

As variáveis independentes foram: idade, sexo, status conjugal, região do município de procedência, nível econômico, escolaridade, status ocupacional, autopercepção de saúde, doenças crônicas relatadas pelo usuário, hábito de procurar assistência antes de vir ao serviço de emergência, local onde costuma consultar, busca de assistência em outros locais antes de ir ao serviço de emergência, horário de funcionamento da unidade/serviço de saúde de referência do usuário, tempo desde a última consulta na unidade/serviço de saúde, tempo que decorreu da solicitação de consulta até a consulta propriamente dita, realização do último exame solicitado na unidade/serviço de saúde, local definido de consulta, vínculo com profissional da saúde, plano de saúde, turno e dia da semana que procurou atendimento, tempo do início dos sintomas, idéia de diagnóstico, percepção sobre a necessidade de realizar exames diagnósticos e quem tomou a decisão de procurar assistência no serviço de emergência.

A variável dependente constituiu-se dos motivos pelos quais os usuários optaram pelo Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.6 Aspectos éticos

Para contemplar os aspectos éticos, foi fornecido aos usuários ou aos cuidadores / acompanhantes que participaram do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D e E). Garantiu-se a privacidade dos participantes, por meio do anonimato e do caráter confidencial das informações, seguindo as

orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O estudo não ofereceu risco aos participantes ou prejuízo de atendimento, no entanto, ao responder o questionário o participante podia sentir desconforto por ter que prestar informações enquanto seu estado de saúde estava alterado ou por estar acompanhando usuário nessas condições. Os usuários foram esclarecidos que poderiam se recusar a participar e/ou desistir, em qualquer momento do estudo. O referido termo foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para as pesquisadoras, constando as assinaturas de ambos.

Para acessar os dados que constavam no prontuário dos usuários, foi utilizado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (APÊNDICE F), conforme modelo disponível no endereço eletrônico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual foi preenchido por todos os pesquisadores envolvidos na manipulação de dados. Preservou-se integralmente o anonimato dos usuários, assim como houve compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados.

O projeto de dissertação de mestrado acadêmico foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme declaração em anexo (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, conforme carta de aprovação da comissão científica do hospital (ANEXO D).

5 RESULTADOS

A seguir serão descritos os resultados obtidos no estudo.

5.1 Perfil demográfico e socioeconômico dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Procuraram atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de coleta de dados 3.781 usuários não urgentes., sendo que 2.079 (55%) usuários pertenciam à faixa etária de 1 a 17 anos, 1.242 (32,8%) tinham de 18 a 59 anos e 460 (12,2%) usuários possuíam mais de 60 anos.

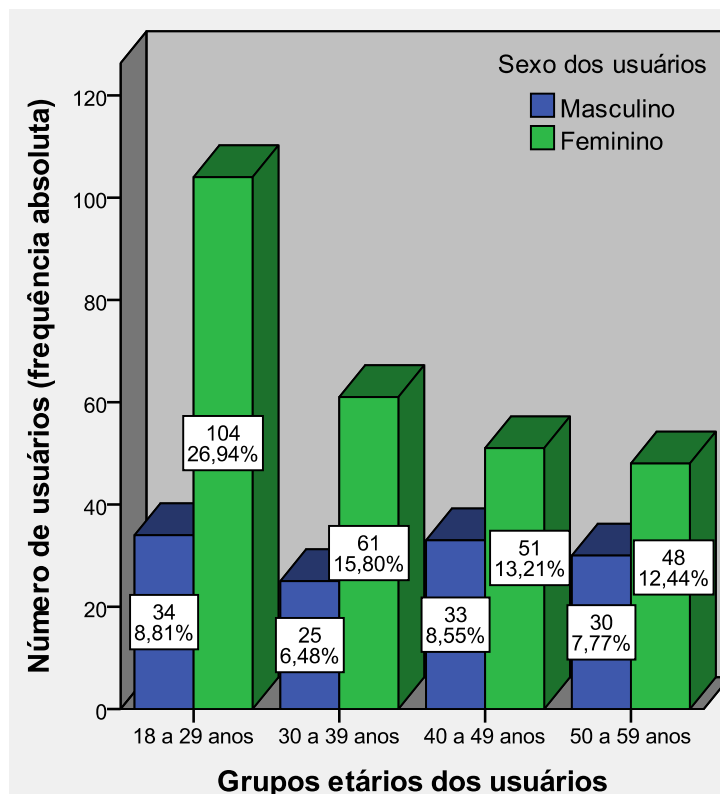
Na amostra estudada, responderam ao questionário 380 (98,4%) usuários não urgentes e 6 (1,6%) cuidadores / acompanhantes, os quais participaram do estudo como informantes substitutos quando o usuário não se comunicava adequadamente. Foram identificados seis casos nos quais os usuários retornaram em outros dias, evidenciando que estavam utilizando o serviço mais de uma vez, totalizando 386 situações não urgentes relatadas por 380 usuários.

A idade dos participantes variou de 18 a 59 anos. A média de idade foi de 36,7 anos com desvio padrão (DP) de 12,367. O grupo etário mais jovem (18 a 29 anos) foi o mais numeroso, sendo composto por 138 (35,7%) usuários, já os participantes que possuíam de 30 a 39 anos somaram 86 (22,3%) respondentes, enquanto que aqueles que pertenciam ao grupo etário de 40 a 49 anos totalizaram 84 (21,8%) indivíduos, e o grupo etário de 50 a 59 anos foi composto por 78 (20,2%) usuários.

Os usuários do sexo feminino constituíram maioria na amostra estudada, sendo que 264 (68,4%) respondentes eram mulheres e 122 (31,6%) eram do sexo masculino. Quanto à distribuição dos grupos etários por sexo, as mulheres utilizaram com maior frequência o serviço de emergência por demandas não urgentes em todos os grupos etários, conforme demonstra a Figura 1. É possível constatar que

houve diminuição do número de mulheres com o aumento da idade, o que não foi observado entre os participantes do sexo masculino.

Figura 1 – Distribuição dos grupos etários segundo sexo dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012. (n=386)



Fonte: Autora

Dos usuários que participaram deste estudo, 194 (50,2%) eram casados ou viviam maritalmente, 149 (38,6%) eram solteiros, 30 usuários (7,8%) eram divorciados, desquitados ou separados e 13 participantes (3,4%) eram viúvos. No que se refere ao município de procedência, 232 (60,1%) participantes eram procedentes do município de Porto Alegre e 127 (32,9%) de municípios da região metropolitana⁶. Desses usuários se destacaram 56 (14,5%) os quais eram residentes de Viamão e 23 (6,0%) que procediam de Alvorada. Houve, também, 27 (7,0%) usuários que residiam em municípios do interior do estado do Rio Grande do

⁶ Foram considerados como pertencentes à região metropolitana de Porto Alegre os seguintes municípios: Alvorada, Araricá, Arroio dos Ratos, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Capela de Santana, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Ivoti, Montenegro, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Parobé, Portão, Rolante, Santo Antônio da Patrulha, São Jerônimo, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Taquara, Triunfo e Viamão (PINTO, 2007; RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Sul e um cuja procedência era de outro estado (São Paulo), conforme dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Município de procedência dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(continua)

Município de procedência dos usuários não urgentes	n	%
Porto Alegre	232	60,1
Viamão	56	14,5
Alvorada	23	6,0
Guaíba	9	2,4
Gravataí	7	1,8
Canoas	7	1,8
Cachoeirinha	6	1,6
São Leopoldo	4	1,0
Butiá	4	1,0
Sapucaia do Sul	4	1,0
Eldorado do Sul	2	0,5
Arroio dos Ratos	2	0,5
Carazinho	1	0,26
Cerro Grande do Sul	1	0,26
Arroio do Sal	1	0,26
Anta Gorda	1	0,26
Camaquã	1	0,26
Capão da Canoa	1	0,26
Esteio	1	0,26
Igrejinha	1	0,26
Mostardas	1	0,26
Montenegro	1	0,26
Novo Hamburgo	1	0,26
Osório	1	0,26
Parobé	1	0,26
Quinze de Novembro	1	0,26
Rio Grande	1	0,26
Rolante	1	0,26
Rosário do Sul	1	0,26
Salvador do Sul	1	0,26
Santo Antônio da Patrulha	1	0,26
São Gabriel	1	0,26

Tabela 1 – Município de procedência dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(conclusão)

Município de procedência dos usuários não urgentes	n	%
São Paulo	1	0,26
São Pedro das Missões	1	0,26
São Sebastião do Caí	1	0,26
Sananduva Taquara	1	0,26
Taquari	1	0,26
Terra de Areia	1	0,26
Triunfo	1	0,26
Uruguaiana	1	0,26
Venâncio Aires	1	0,26
TOTAL	386	100

Fonte: Autora

A Tabela 2 apresenta o nível econômico e a respectiva renda média familiar dos usuários não urgentes, de acordo com Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (2012). Quanto ao nível econômico dos usuários não urgentes, 157 (40,7%) possuíam renda média familiar de R\$1.459,00 (nível econômico C1) e 3 (0,8%) possuíam renda média familiar de R\$8.295,00 (nível econômico A2), sendo que nenhum usuário (0%) pertencia ao nível econômico A1 (renda média familiar de R\$11.480,00).

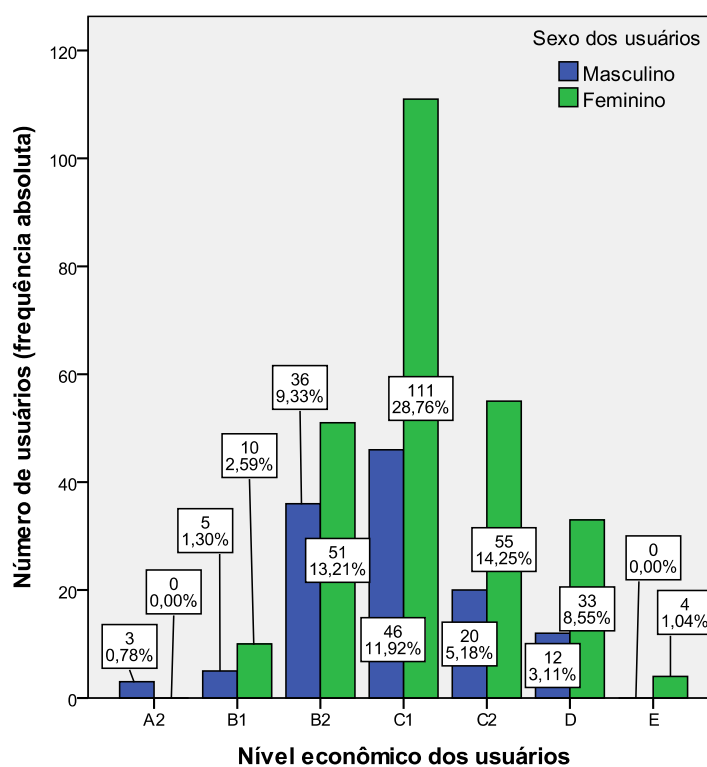
Tabela 2 – Nível econômico e renda média familiar dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012 (n=386)

Nível econômico	Renda média familiar	n	%
A1	R\$11.480,00	0	0
A2	R\$8.295,00	3	0,8
B1	R\$4.754,00	15	3,9
B2	R\$2.656,00	87	22,5
C1	R\$1.459,00	157	40,7
C2	R\$962,00	75	19,4
D	R\$680,00	45	11,7
E	R\$415,00	4	1
TOTAL		386	100

Fonte: Autora

Ao analisar o nível econômico dos participantes por sexo observou-se que os 3 (0,8%) usuários que pertenciam ao nível econômico A2 (média familiar de R\$8.295,00) eram homens, enquanto que os 4 (1,0%) participantes que pertenciam ao nível econômico E (média familiar de R\$415,00) eram mulheres. O nível econômico C1 (renda média familiar de R\$1.459,00) foi o mais frequente em ambos os sexos, com mais mulheres (28,8%) do que homens (11,9%), conforme apresenta a Figura 2.

Figura 2 – Distribuição dos níveis econômicos segundo sexo dos usuários não urgentes. Porto Alegre, 2012. (n=386)



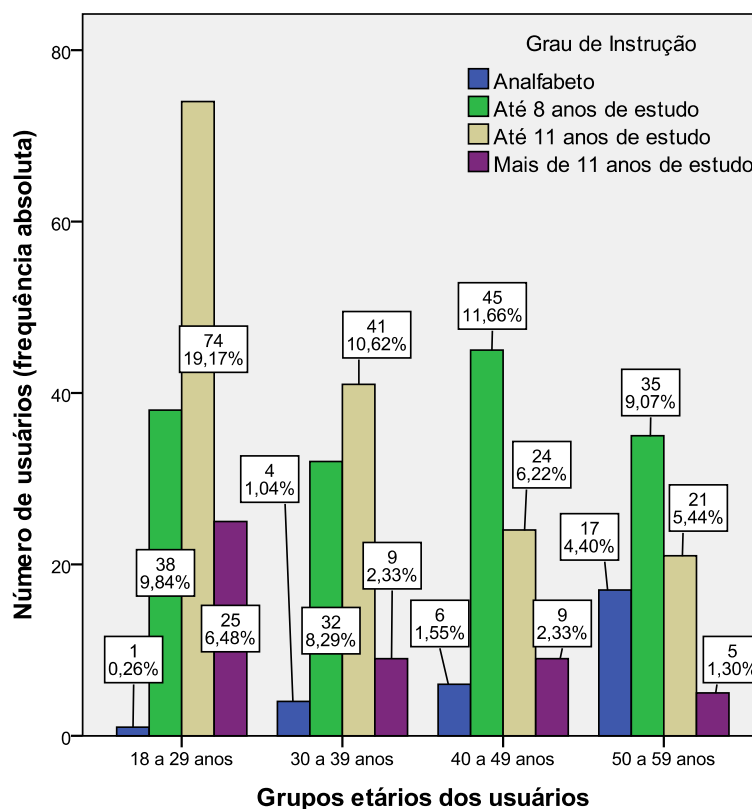
Fonte: Autora

No que se refere à escolaridade, a média de anos de estudo dos participantes foi de 8,6 com DP de 3,5. Dos usuários que participaram do estudo, 160 (41,5%) possuíam de 8 a 11 anos de estudo, 150 (38,9%) possuíam até 8 anos de estudo, 48 (12,4%) usuários possuíam mais de 11 anos de estudo e 28 (7,2%) não eram alfabetizados.

Ao analisar o grau de instrução dos usuários distribuídos pelos grupos etários, os quais estão apresentados na Figura 3, observou-se que os usuários mais jovens apresentaram maior grau de instrução do que os mais velhos, pois o número de

usuários com até 11 anos de estudo ou mais de 11 anos de estudo decresceu com o aumento da idade, enquanto que o número de usuários analfabetos cresceu com o aumento da idade.

Figura 3 – Distribuição do grau de instrução pelos grupos etários dos usuários não urgentes Porto Alegre, 2012. (n=386)



Fonte: Autora

No que se refere ao status ocupacional, 219 (56,7%) usuários exerciam atividade laboral e 167 (43,3%) não estavam trabalhando. Verificou-se que 126 (57,5%) dos usuários que trabalhavam eram profissionais braçais e não braçais não especializados, 63 (28,8%) eram profissionais braçais e não braçais semiespecializados, 17 (7,8%) eram profissionais braçais especializados e 13 (5,9%) eram profissionais não braçais especializados.

Participaram desta pesquisa 213 (55,2%) usuários que utilizaram transportes públicos como meio de locomoção até o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 80 (20,7%) utilizaram veículo próprio, 38 (9,8%) chegaram ao serviço por meio de carona de conhecidos, 21 (5,4%) utilizaram táxis, 17 (4,4%)

foram trazidos por transporte disponibilizado pela prefeitura da cidade de procedência, 15 (4,0%) chegaram a pé até o serviço e 2 (0,5%) de ambulância.

5.2 Caracterização da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes

Dos 386 usuários não urgentes que participaram deste estudo, 178 (46,1%) procuraram assistência no Serviço de Emergência do HCPA no turno da manhã, 143 (37,0%) usuários no turno da tarde e 65 (16,9%) no turno da noite. A tabela 3 apresenta os turnos de atendimento e os dias da semana nos quais os participantes procuraram atendimento por demandas não urgentes.

Tabela 3 – Turnos de atendimento e dias da semana nos quais os usuários não urgentes procuraram atendimento. Porto Alegre, 2012. (n=386)

DIAS DA SEMANA	TURNOS DE ATENDIMENTO						TOTAL	
	Manhã		Tarde		Noite		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Segunda-feira	45	11,7	18	4,7	6	1,6	69	17,9
Terça-feira	14	3,6	29	7,5	13	3,4	56	14,5
Quarta-feira	29	7,5	28	7,3	13	3,4	70	18,2
Quinta-feira	18	4,7	42	10,9	3	0,8	63	16,3
Sexta-feira	36	9,3	7	1,8	17	4,4	60	15,5
Sábado	9	2,3	15	3,9	8	2,1	32	8,3
Domingo	27	7,0	4	1,0	5	1,3	36	9,3
TOTAL	178	46,1	143	37,0	65	16,9	386	100

Fonte: Autora

A Tabela 4 apresenta as Gerências Distritais de Saúde dos 232 usuários não urgentes residentes em Porto Alegre e a Figura 4 ilustra os distritos de saúde de Porto Alegre.

Tabela 4 – Gerências Distritais de Saúde ao qual pertenciam os usuários não urgentes residentes de Porto Alegre. Porto Alegre, 2012 (n=232)

Distrito de Saúde	n	%
Partenon/Lomba do Pinheiro	44	19,0
Centro	36	15,5
Norte/Eixo Baltazar	32	13,8
Glória/Cruzeiro/Cristal	29	12,5
Sul/Centro-sul	27	11,6
Leste/Nordeste	25	10,7
Restinga/Extremo Sul	21	9,1
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	18	7,8
TOTAL	232	100

Fonte: Autora

Figura 4 – Mapa dos distritos de saúde e municípios vizinhos de Porto Alegre, 2012.



Fonte: Disponível em <http://www.jornaldacapital.com.br/2011/upload/IVA.JPG>, acesso em 3/08/2012.

Figura 3. Mapa dos distritos de saúde e municípios vizinhos de Porto Alegre, 2012.

Os problemas de saúde que levaram os usuários a procurar o serviço de emergência do HCPA estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5 – Problemas de saúde que levaram o usuário a procurar o serviço de emergência.
Porto Alegre, 2012 (n=386)

*Problema de saúde	n	%
Dor abdominal	86	11,0
Mal estar	68	8,7
Náuseas e/ou vômitos	67	8,6
Cefaléia	64	8,2
Dor lombar e/ou nas costas	56	7,2
Falta de ar/dificuldade para respirar e/ou tosse	56	7,2
Dor no peito	41	5,3
Problemas em extremidades	41	5,3
Dor não especificada	38	4,9
Disúria	36	4,6
Febre	33	4,2
Problemas gineco-obstétricos	31	4,0
Dor de garganta e/ou dor de ouvido	29	3,7
Lesões de pele e abscessos	26	3,3
Diarréia e/ou constipação	26	3,3
Complicações pós-operatórias de cirurgias realizadas no HCPA	12	1,5
Outros	70	9,0
TOTAL	780	100

Fonte: Autora

* Mais de uma resposta

A Tabela 6 apresenta a relação dos fluxogramas utilizados na classificação de risco de Manchester.

Tabela 6 – Fluxogramas utilizados na classificação de risco de Manchester.
Porto Alegre, 2012. (n=386)
(continua)

Fluxograma	N	%
Dor abdominal em adulto	64	16,6
Mal estar em adulto	40	10,4
Problemas urinários	32	5,7
Cefaléia	23	6,0

Tabela 6 – Fluxogramas utilizados na classificação de risco de Manchester.
Porto Alegre, 2012. (n=386)
(conclusão)

Fluxograma	N	%
Problemas em extremidades	22	5,7
Diarréia e/ou vômitos	20	5,2
Infecções locais e abscessos	20	5,2
Dispnéia em adulto	18	4,7
Dor lombar	17	4,4
Dor torácica	15	3,9
Feridas	15	3,9
Dor de garganta	14	3,6
Sangramento vaginal	13	3,4
Gravidez	6	1,6
Problema em ouvidos	4	1,0
Dor cervical	4	1,0
Alergia	2	0,5
Dor testicular	2	0,5
Erupção cutânea	2	0,5
História de asma	2	0,5
Desmaio no adulto	1	0,3
Doença sexualmente transmissível	1	0,3
Hemorragia digestiva	1	0,3
História de diabetes	1	0,3
Palpitações	1	0,3
Problemas em face	1	0,3
Problema em olhos	1	0,3
Trauma cranioencefálico	1	0,3
Sem acesso à Informação no Aplicativo de Gestão Hospitalar	43	11,1
TOTAL	386	100

Fonte: Autora

Os discriminadores utilizados na classificação de risco estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Discriminadores utilizados na classificação de risco de Manchester. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Discriminadores	n	%
Dor leve recente	138	35,8
Evento recente	114	29,5
Disúria	26	6,7
Vômito	22	5,7
Edema	10	2,6
Tosse produtiva	10	2,6
Febre	9	2,3
Infecção local	5	1,3
Inflamação local	4	1,0
Dor ou coceira leve recente	2	0,5
Hematoma em couro cabeludo	1	0,3
Olho vermelho	1	0,3
Sensibilidade em face alterada	1	0,3
Sem acesso à Informação no Aplicativo de Gestão Hospitalar	43	11,1
TOTAL	386	100

Fonte: Autora

Quanto às prioridades estabelecidas pelas enfermeiras conforme o protocolo de Manchester, 313 (81,1%) usuários foram classificados como pouco urgentes (verde) e 35 (9,1) usuários foram classificados como não urgentes (azul). Não foi possível coletar as prioridades de 38 usuários (9,8%), pois a informação não estava disponível no Aplicativo de Gestão Hospitalar.

Ocorreu ausência de informações das variáveis que foram coletadas nas evoluções das enfermeiras no Aplicativo de Gestão Hospitalar. Durante o período de coleta de dados observou-se que, por vezes, as enfermeiras que atuavam na classificação de risco orientavam verbalmente os usuários de menor gravidade a utilizar as Unidades de Pronto Atendimento do município, sendo que alguns desses usuários ficavam analisando a orientação fornecida enquanto a enfermeira dava seguimento aos atendimentos sem finalizar a redação da evolução desse usuário. Caso optasse por seguir a orientação da enfermeira e procurar atendimento em outro serviço de saúde, o usuário deixava o Serviço de Emergência do HCPA, recebendo alta por evasão na recepção, sem finalizar a evolução referente à classificação de risco.

Ao questionar sobre a autopercepção do estado de saúde, 191 (49,5%) respondentes relataram ser ruim, 165 (42,7%) relataram ser regular, 28 (7,3%) relataram ser bom e apenas 2 (0,5%) respondentes referiram ter a saúde excelente.

No que se refere às doenças crônicas, 188 (48,7%) participantes referiram não possuir alguma morbidade crônica, e 198 (51,3%) referiram possuí-las. Desses usuários, 131 (66,2%) possuíam uma morbidade crônica, 48 (24,2%) possuíam duas morbidades e 19 (9,6%) relataram sofrer de 3 ou mais morbidades crônicas.

Na Tabela 8, são apresentados os grupos de morbidades autorreferidas pelos usuários não urgentes.

Tabela 8 – Grupos de morbidades autorreferidas dos usuários não urgentes que utilizaram o serviço de emergência. Porto Alegre, 2012. (n=198)

*Grupos de morbidades	n	%
Doenças do aparelho circulatório	71	24,2
Transtornos mentais e comportamentais	46	15,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	44	15,0
Doenças do aparelho respiratório	32	10,9
Doenças infecciosas e parasitárias	19	6,5
Doenças do aparelho digestivo	17	5,8
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	15	5,1
Doenças do aparelho geniturinário	15	5,1
Neoplasias	12	4,1
Doenças do sistema nervoso	8	2,8
Outras doenças	14	4,8
TOTAL	293	100

Fonte: Autora

* Mais de uma resposta

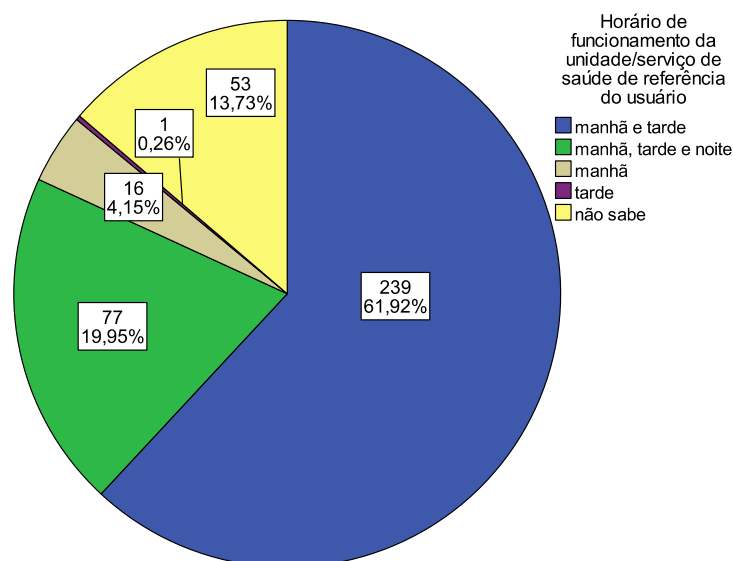
Dos entrevistados, 306 (79,3%) relataram que geralmente procuram assistência em um ou mais serviços de saúde antes de se deslocar até o Serviço de Emergência do HCPA. Destes usuários, 166 (54,2%) costumam consultar no serviço da atenção primária à saúde, 92 (30,0%) costumam buscar atendimento em outros serviços de emergência, 69 (22,5%) usuários relataram procurar o ambulatório do HCPA antes de ir ao serviço de emergência e 36 (11,7%) costumam procurar atendimento em clínicas privadas. Aproximadamente 11% referiram possuir algum tipo de plano de saúde.

No que se refere à atitude do usuário antes de se deslocar até o Serviço de Emergência do HCPA pelo problema de saúde atual, 130 (44,2%) usuários haviam se automedicado, 127 (43,2%) buscaram atendimento em outros serviços de emergência antes de se deslocar até o serviço de emergência do HCPA, 84 (28,5%) procuraram serviços da atenção primária à saúde, 48 (16,3%) realizaram cuidados caseiros, 17 (5,8%) foram atendidos no ambulatório do HCPA e 15 (5,1%) relataram ter consultado em clínicas privadas. Alguns usuários haviam se automedicado e/ou procurado atendimento em mais do que um serviço de saúde.

O tempo de início dos sintomas referido pelos usuários teve mediana igual a 114 horas (4,75 dias) e moda de 24 horas ($p_{25}=24,7$; $p_{75}=360$). O tempo mínimo do início dos sintomas foi de zero hora e o máximo foi de 332.880 horas (38 anos). Procuraram por conta própria o serviço de emergência do HCPA 205 (53,11%) respondentes, 115 (29,79%) usuários referiram que a decisão de procurar assistência no serviço de emergência foi tomada por familiares e/ou conhecidos e 66 (17,10%) participantes foram encaminhados ao serviço de emergência por profissional da saúde.

A Figura 5 ilustra o horário de funcionamento do serviço de saúde de referência dos usuários, nota-se que 239 (61,92%) respondentes relataram que a oferta de atendimento ocorre durante os turnos da manhã e tarde.

Figura 5 – Horário de funcionamento do serviço de saúde de referência referidos pelos usuários. Porto Alegre, 2012 (n=386)

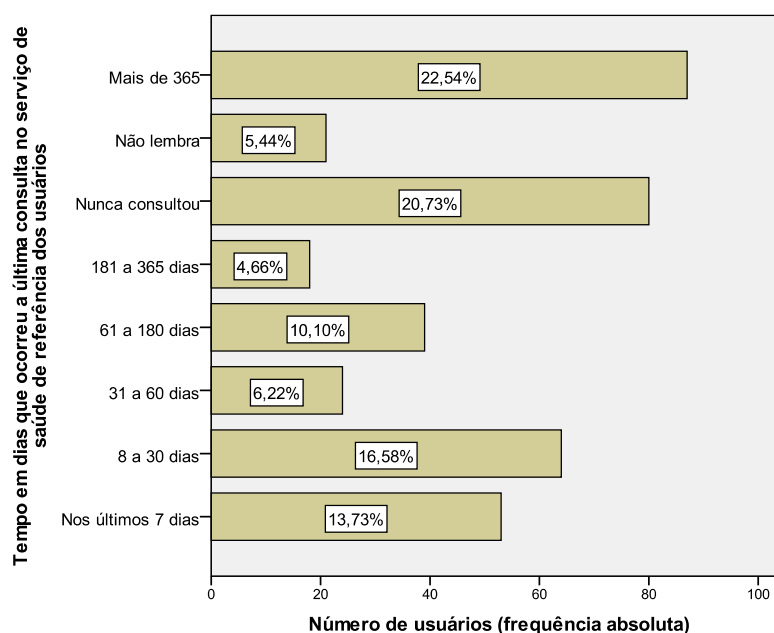


Fonte: Autora

No que se refere ao tempo da última consulta no serviço de saúde de referência dos usuários, 87 (22,54%) participantes haviam consultado há mais de um ano no serviço de saúde de referência e 80 (20,73%) nunca tinham consultado, como apresenta a Figura 6.

O tempo que aguardou pela consulta na última vez que o usuário consultou no serviço de saúde de referência teve mediana e moda igual a zero dia ($p_{25}=0$; $p_{75}=10$), indicando que a maioria dos usuários conseguiu consultas médicas para o mesmo dia da solicitação. O tempo mínimo de espera pela consulta foi de zero dia e o tempo máximo foi de 180 dias. No que se refere à solicitação de exames diagnósticos na última consulta realizada no serviço de saúde de referência, 153 (50,0%) usuários foram solicitados a realizar exames, 148 (48,4%) não tiveram exames solicitados e 5 (1,6%) respondentes não lembraram sobre a solicitação de exames.

Figura 6 – Tempo em dias que ocorreu a última consulta no serviço de saúde de referência dos usuários. Porto Alegre, 2012. (n=386)



Fonte: Autora

Dos usuários que foram solicitados a realizar exames diagnósticos na última consulta realizada no serviço de saúde de referência (n=153), 144 (94,2%) realizaram ou realizarão o exame solicitado utilizando o SUS, 8 (5,2%) utilizando o

setor de saúde suplementar ao SUS e um (0,6%) usuário não lembrou de que forma realizou o exame.

O tempo de espera para a realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência dos usuários, conforme apresenta a Tabela 9, foi de 1 a 7 dias para 62 (40,5%) usuários e de 8 a 30 dias para 37 (24,2%) participantes.

Tabela 9 – Tempo de espera para a realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência dos usuários. Porto Alegre, 2012. (n=153)

Tempo de espera para a realização do exame	n	%
1 a 7 dias	62	40,5
8 a 30 dias	37	24,2
Zero dia	24	15,7
Aguardam a realização do exame	19	12,4
31 a 120 dias	7	4,6
Não lembraram	4	2,6
TOTAL	153	100

Fonte: Autora

Quanto ao vínculo com profissional da saúde, 251 (65%) participantes referiram não ter profissional de saúde de referência, enquanto que 135 (35%) usuários possuíam vínculo. Destes, 109 (28,2%) relataram ter vínculo com médico, 14 (3,6%) com enfermeiro, 6 (1,5%) com farmacêutico, 4 (1%) com Agente Comunitário de Saúde, 2 (0,5%) com técnico de enfermagem e 1 (0,2%) respondente referiu ter vínculo com todos os profissionais da equipe do serviço de saúde de referência.

Dos usuários que possuíam vínculo com algum profissional de saúde (n=135), 45 (33,3%) referiram que o local de vínculo era serviço da Atenção Primária à Saúde, 36 (26,7%) eram atendidos no Ambulatório do HCPA, 24 (17,8%) em clínicas privadas, 13 (9,6%) respondentes citaram que o profissional de referência era familiar e/ou conhecido, 9 (6,7%) participantes referiram que os profissionais atendiam em hospitais, 4 (3%) em farmácias privadas, 3 (2,2%) em serviços de emergência e 1 (0,7%) usuário referiu ter vínculo com o profissional que atende na empresa onde trabalha.

Dos entrevistados, 245 (63,5%) usuários não possuíam ideia de diagnóstico médico que provavelmente receberiam e 141 (36,5%) usuários possuíam ideia de

diagnóstico, sendo que 28 (19,8%) participantes imaginavam estar com algum problema no trato urinário, 23 (16,3%) com algum problema no trato respiratório, 20 (14,2%) com algum problema no sistema digestivo, 17 (12,0%) com alguma infecção, 9 (6,38%) mulheres achavam que estavam grávidas e 46 (32,6%) participantes referiram outros diagnósticos.

No que se refere aos exames diagnósticos, 133 (34,5%) usuários consideravam que exames eram dispensáveis e 253 (65,5%) relataram que exames eram necessários. Desses usuários, cerca de 20% não sabia qual exame diagnóstico era preciso, no entanto, percebiam que deveriam ser solicitados pelo médico que fosse atendê-lo no serviço de emergência do HCPA. Os exames citados como necessários foram: exames de imagem (41,9%), exames de sangue (33,9%), exames de urina (11,8%) e outros exames foram citados por 10,6% dos usuários, tais como eletroencefalograma, eletrocardiograma, exame de fezes, exame citopatológico de colo de útero, biópsias, escarro, toque vaginal e ausculta de batimentos cardíacos.

5.3 Motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O motivo mais frequente, referido por 119 (13,0%) participantes, relaciona-se com a experiência prévia positiva dos usuários ou de conhecidos e familiares no Serviço de Emergência do HCPA. Além disso, 94 (10,3%) respondentes relataram confiar mais no serviço de emergência do que em outros serviços de saúde e 82 (9,0%) usuários procuraram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA porque fazem acompanhamento no ambulatório desse hospital e são orientados nas consultas a procurar o HCPA quando necessário.

O serviço foi procurado por 80 (8,7%) participantes, os quais consideravam que ele apresenta melhores condições de resolver o problema de saúde do que outros serviços de saúde, devido ao aparato tecnológico disponível; 76 (8,3%) usuários buscaram atendimento porque o serviço possibilita a realização de exames diagnósticos com resultados no mesmo dia e 63 (6,9%) respondentes procuraram

atendimento devido às dificuldades de agendamento de consultas em outros serviços de saúde da rede de atenção. Desses usuários, 42 procediam de Porto Alegre, 19 de municípios da região metropolitana e 2 de outros municípios.

Dos participantes deste estudo, 60 (6,6%) usuários citaram que procuraram o Serviço de Emergência do HCPA para obtenção de medicações disponibilizadas no serviço para alívio de sinais e sintomas, 56 (6,1%) utilizaram o serviço pela proximidade do local onde o usuário se encontrava ou do ponto do transporte público até o serviço de emergência, 38 (4,1%) indivíduos procuraram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA por perceber seu estado de saúde como emergência, logo, entendiam que não poderiam ser atendidos em outros locais.

Houve 39 (4,3%) usuários classificados como não urgentes, os quais foram encaminhados ou orientados verbalmente por profissional da saúde a procurar atendimento no Serviço de Emergência do HCPA, 31 (3,4%) indivíduos procuraram o serviço por oferecer atendimento mais rápido, 30 (3,3%) respondentes referiram que o serviço de emergência é mais resolutivo, uma vez que não trata somente os sinais e sintomas, pois investigam a causa do problema de saúde e 30 (3,3%) usuários utilizaram o serviço pela facilidade para consultar com médico.

A superlotação de outros serviços de emergência foi o motivo para utilizar o Serviço de Emergência do HCPA relatado por 21 (2,3%) usuários, 18 (2,0%) participantes procuraram o serviço para obtenção de leitos para internação no HCPA e 18 (2,0%) respondentes referiram que o horário de funcionamento do serviço de emergência é mais conveniente do que os demais serviços de saúde.

Dos participantes deste estudo, 17 (1,9%) consultaram na atenção primária à saúde e foram encaminhados a especialidades médicas, no entanto, o tempo de espera para consultar com especialista é longo para aguardar com o estado de saúde alterado, dessa forma, procuraram assistência no serviço de emergência como alternativa de atendimento uma vez que o seu problema de saúde extrapola a capacidade resolutiva da atenção primária à saúde.

Encaminhamento do Ambulatório do HCPA ao serviço de emergência foi o motivo de utilização do serviço de emergência relatado por 15 (1,6%) usuários não urgentes, 7 (0,8%) participantes buscavam a realização de procedimentos de enfermagem, como cateterismo vesical e troca de sonda nasointestinal e 7 (0,8%) respondentes eram funcionários do HCPA que não se sentiram bem no horário de trabalho ou sofreram acidente de trabalho.

Os motivos de utilização do serviço de emergência por usuários não urgentes identificados neste estudo foram diversos, dificultando a realização da análise estatística bivariada e multivariada, assim, procedeu-se o agrupamento dos motivos relatados de acordo com a afinidade dos mesmos. Dessa forma, foram identificados cinco grupos de motivações dos usuários não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do HCPA: preferência do usuário, disponibilidade de tecnologias, motivos referentes ao próprio HCPA, acesso e percepção de urgência.

Dos entrevistados, 178 (46,1%) foram classificados em apenas um dos grupos de motivações, 133 (34,5%) em dois grupos, 62 (16,1%) em três grupos e 13 (3,4%) em quatro grupos de motivações.

Os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência do usuário estão apresentados na Tabela 10. Ao total 224 (58%) usuários compuseram este grupo.

Tabela 10 - Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência dos usuários com demandas não urgentes. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Motivos referentes à preferência dos usuários com demandas não urgentes*	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Experiência prévia positiva dos usuários no Serviço de Emergência do HCPA	119	30,8	267	69,2
Confiança no serviço de emergência	94	24,4	292	75,6
Proximidade do local onde o usuário se encontrava ou do ponto do transporte público até o serviço de emergência	56	14,5	330	85,5
Horário de funcionamento mais conveniente	18	4,7	368	95,3

Fonte: Autora

* Mais de uma resposta

A Tabela 11 expõe os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Somou-se 165 (42,7%) usuários com demandas não urgentes que utilizaram o serviço por esses motivos.

Tabela 11 – Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Motivos referentes à disponibilidade de tecnologias*	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Melhores condições de resolver o problema de saúde do que outros serviços de saúde	80	20,7	306	79,3
Exames diagnósticos com resultados no mesmo dia	76	19,7	310	80,3
Obtenção de alívio de sinais e sintomas por meio de medicações disponibilizadas no serviço de emergência	60	15,5	326	84,5
Resolutividade do serviço de emergência	30	7,8	356	92,2
Realização de procedimentos de enfermagem	7	1,8	379	98,2

Fonte: Autora

* Mais de uma resposta

A categoria dos motivos de utilização do serviço de emergência referentes à própria instituição hospitalar, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi citada por 128 (33,2%) usuários e está apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 – Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao HCPA Porto Alegre, 2012. (n=386)

Motivos referentes ao HCPA*	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Usuários em tratamento no Ambulatório do HCPA que receberam a orientação de retornar ao serviço de emergência desse hospital caso ocorresse qualquer problema	82	21,2	304	78,8
Usuários encaminhados ou orientados verbalmente por profissional da saúde a procurar especificamente o Serviço de Emergência do HCPA	39	10,1	347	89,9
Usuários encaminhados do Ambulatório do HCPA	15	3,9	371	96,1
Funcionários do HCPA que procuraram atendimento na instituição onde exerciam atividades laborais	7	1,8	379	98,2

Fonte: Autora

* Mais de uma resposta

Estão apresentados na Tabela 13 os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao acesso, que foram mencionados por 122 (31,6%) usuários.

Tabela 13 – Motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao acesso. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Motivos referentes ao acesso*	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Dificuldade de agendamento de consultas em outros serviços de saúde	63	16,3	323	83,7
Rapidez do atendimento	31	8,0	355	92,0
Facilidade para consultar com médico	30	7,8	356	92,2
Superlotação de outros serviços de emergência	21	5,4	365	94,6
Para obter internações	18	4,7	368	95,3
Longos períodos de espera para consulta com especialista na atenção primária à saúde	17	4,4	369	95,6

Fonte: Autora

* Mais de uma resposta

O motivo referente à percepção de urgência foi citado por 38 (9,8%) usuários que percebiam seu estado de saúde como urgência, logo, entendiam que deveriam ser atendidos no serviço de emergência.

Houve 12 (3,1%) usuários que citaram outros motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por demandas não urgentes, os quais não se enquadraram em nenhuma das categorias descritas anteriormente.

No final deste capítulo estão apresentados de forma resumida, no Quadro 2, os grupos de motivações dos usuários não urgentes para utilizar o Serviço de Emergência do HCPA e os respectivos fatores associados.

5.4 Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes à preferência dos usuários com demandas não urgentes

A Tabela 14 demonstra as variáveis independentes que apresentaram resultados estatisticamente significantes na análise bivariada, quando associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência do usuário. As demais variáveis independentes que não estão

apresentadas na referida tabela não apresentaram associações estatisticamente significantes na análise bivariada.

Tabela 14 – Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência do usuário. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(continua)

Variáveis	Motivos referentes à preferência do usuário						χ^2	*p
	SIM (n=224)		NÃO (n=162)		TOTAL (n=386)			
	n	%	n	%	n	%		
Escolaridade							7,394	0,025
Analfabeto	20	8,9	8	4,9	28	7,3		
Até 8 anos de estudo	75	33,5	75	**46,3	150	38,9		
Mais de 8 anos de estudo	129	57,6	79	48,8	208	53,8		
Status Ocupacional							10,972	0,001
Estavam trabalhando	143	**63,8	76	46,9	219	56,7		
Não estavam trabalhando	81	36,2	86	**53,1	167	43,3		
Dor lombar e/ou nas costas							4,827	0,028
Possui	40	**17,9	16	9,9	56	14,5		
Não possui	184	82,1	146	90,1	330	85,5		
Doenças Crônicas							5,060	0,024
Possui	104	46,4	94	**58,0	198	51,3		
Não possui	120	**53,6	68	42,0	188	48,7		
Hábito de procurar assistência antes de procurar atendimento no serviço de emergência							4,761	0,029
Possui	169	75,4	137	**84,6	306	79,3		
Não possui	55	**24,6	25	15,4	80	20,7		
Usuário em acompanhamento no Ambulatório do HCPA							5,923	0,015
Sim	31	13,8	38	**23,5	69	17,9		
Não	193	**86,2	124	76,5	317	82,1		
Automedicação							5,310	0,015
Sim	86	**38,4	44	27,2	130	33,7		
Não	138	61,6	118	**72,8	256	66,3		
Realizou cuidados caseiros							12,134	0,021
Sim	39	**17,4	9	5,6	48	12,4		
Não	185	82,6	153	**94,4	338	87,6		

Tabela 14 – Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência do usuário. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(conclusão)

Variáveis	Motivos referentes à preferência do usuário						χ^2	*p
	SIM (n=224)		NÃO (n=162)		TOTAL (n=386)			
	n	%	n	%	n	%		
Decisão de procurar assistência no serviço de emergência							34,048	0,001
Conta própria e/ou familiares / conhecidos	207	**92,4	113	69,8	320	82,9		
Profissional da saúde	17	7,6	49	**30,2	66	17,1		

Fonte: Autora

Realizado teste quiquadrado (χ^2) *Significância estatística se p-valor \leq 0,05 **Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

As variáveis de significância identificadas na análise bivariada foram submetidas à regressão de Poisson múltipla. Após esse ajuste, status ocupacional (p=0,020), cuidados caseiros (p<0,001) e decisão de procurar assistência no serviço de emergência (p<0,001) foram as variáveis que permaneceram com associações estatisticamente significantes, conforme a Tabela 15. Os participantes que estavam trabalhando apresentaram 24,1% de aumento na prevalência dos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência do usuário quando comparados com aqueles que não estavam trabalhando. Os usuários que realizaram cuidados caseiros antes de procurar atendimento no serviço de emergência e aqueles que procuraram atendimento no serviço de emergência por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos apresentaram, respectivamente, 1,4 e 2,2 vezes maior prevalência dos motivos referentes à preferência do usuário.

Tabela 15 – Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes à preferência do usuário. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Variáveis	Motivos referentes à preferência do usuário	
	*RP (IC 95%)	**p
Escolaridade		
Analfabeto	1,198 (0,928; 0,545)	0,165
Até 8 anos de estudo	0,895 (0,743; 1,074)	0,231
Mais de 8 anos de estudo	1	
Status Ocupacional		
Estavam trabalhando	1,241 (1,039; 1,498)	0,020
Não estavam trabalhando	1	
Dor lombar e/ou nas costas		
Possui	1,152 (0,968; 1,371)	0,091
Não possui	1	
Doenças Crônicas		
Possui	0,895 (0,755; 1,060)	0,199
Não possui	1	
Hábito de procurar assistência antes de procurar o serviço de emergência		
Possui	0,918 (0,767; 1,097)	0,346
Não possui	1	
Usuário em acompanhamento no Ambulatório do HCPA		
Sim	0,969 (0,737; 1,275)	0,823
Não	1	
Automedicação		
Sim	1,075 (0,912; 1,268)	0,389
Não	1	
Realizou cuidados caseiros		
Sim	1,406 (1,168; 1,692)	< 0,001
Não	1	
Decisão de procurar assistência no serviço de emergência		
Conta própria e/ou familiares / conhecidos	2,195 (1,444; 3,337)	< 0,001
Profissional da saúde	1	

Fonte: Autora

*Razão de Prevalência **Significância estatística se p-valor≤0,05

5.5 Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes à disponibilidade de tecnologias

Na análise bivariada, as seguintes variáveis independentes apresentaram associações estatisticamente significantes quando associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias: status ocupacional ($p=0,010$), lesões de pele e abscessos ($p=0,016$), doenças crônicas do aparelho respiratório ($p=0,034$), hábito de procurar assistência em outros serviços de saúde antes de buscar atendimento no serviço de emergência ($p=0,037$), tempo que aguardou para realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência ($p=0,023$), necessidade de exames diagnósticos de imagem ($p=0,026$) e o tempo de início dos sintomas ($p=0,001$), conforme apresenta a Tabela 16. As demais variáveis independentes não apresentaram associações estatisticamente significantes na análise bivariada.

Tabela 16 – Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(continua)

Variáveis	Motivos referentes à disponibilidade de tecnologias						χ^2	*p
	SIM (n=165)		NÃO (n=221)		TOTAL (n=386)			
	N	%	n	%	n	%		
Status Ocupacional							6,616	0,010
Estavam trabalhando	106	**64,2	113	51,1	219	56,7		
Não estavam trabalhando	59	35,8	108	**48,9	167	43,3		
Lesões de pele e abscessos							5,838	0,016
Possui	17	**10,3	9	4,1	26	6,7		
Não possui	148	89,7	212	**95,9	360	93,3		
Doenças crônicas do aparelho respiratório							4,490	0,034
Possui	8	4,8	24	**10,9	32	8,3		
Não possui	157	**95,2	197	89,1	354	91,7		

Tabela 16 – Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012. (n=386) (conclusão)

Variáveis	Motivos referentes à disponibilidade de tecnologias						χ^2	*p
	SIM (n=165)		NÃO (n=221)		TOTAL (n=386)			
	n	%	n	%	n	%		
Hábito de procurar assistência antes de procurar atendimento no serviço de emergência							4,329	0,037
Possui	139	**84,2	167	75,6	306	79,3		
Não possui	26	15,8	54	**24,4	80	20,7		
Tempo que aguardou para realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência							12,999	0,023
Zero dia	11	17,1	13	12,6	24	14,5		
De 1 a 7 dias	29	19,0	33	16,4	62	17,5		
De 8 a 30 dias	13	8,2	24	5,3	37	6,6		
De 31 a 120 dias	7	**12,7	0	9,2	7	10,7		
Aguarda o exame	10	5,7	8	4,3	19	4,9		
Nunca consultou ou não foi solicitado exames	92	37,3	136	52,2	228	45,8		
Necessidade de exames diagnósticos de imagem							4,989	0,026
Sim	55	**33,3	51	23,1	106	27,5		
Não	110	66,7	170	**76,9	280	72,5		
Tempo de início dos sintomas (horas)[#]	168 (72-504)		96 (24-192)					0,001

Fonte: Autora

Realizado teste quiquadrado (χ^2) *Significância estatística se p-valor \leq 0,05. **Significância estatística se p-valor \leq 0,05. [#]Variável descrita por mediana (percentis 25-75) e comparados por Mann-Whitney.

As variáveis de significância identificadas na análise bivariada foram submetidas à regressão de Poisson múltipla. Após esse ajuste, status ocupacional (p=0,008), lesões de pele e abscessos (p=0,001), tempo que aguardou para realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência (p=0,001), necessidade de exames diagnósticos de imagem (p=0,030) e o tempo de início dos sintomas (p=0,001) foram as variáveis que permaneceram com associações

estatisticamente relevantes com os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias, conforme a Tabela 17. Identificou-se tendência ($p=0,051$) para ocorrer associação entre possuir o hábito de consultar em outros serviços de saúde antes de procurar atendimento no serviço de emergência e os motivos de utilização referentes à disponibilidade de tecnologias.

Os usuários que estavam trabalhando apresentaram 37,4% maior prevalência dos motivos de utilização referentes à disponibilidade de tecnologias do que aqueles que não estavam trabalhando. Aqueles que possuíam lesões de pele e abscessos apresentaram 64% maior prevalência deste grupo de motivações do que aqueles que não possuíam este problema de saúde.

Os respondentes que aguardaram de 31 a 120 dias para realizar exames solicitados no serviço de saúde de referência apresentaram 2 vezes maior prevalência dos motivos de utilização referentes à disponibilidade de tecnologias. Assim como os usuários que percebiam que eram necessários exames de imagem apresentaram 28,5% maior prevalência deste grupo de motivações para utilizar o serviço de emergência.

Identificou-se, ainda, que o aumento de uma hora no tempo de início dos sintomas, aumentava em 30,8% a prevalência dos motivos de utilização referentes à disponibilidade de tecnologias.

Tabela 17 – Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012. (n=386)

(continua)

Variáveis	Motivos referentes à disponibilidade de tecnologias	
	*RP (IC 95%)	**p
Status Ocupacional		
Estavam trabalhando	1,374 (1,085; 1,741)	0,008
Não estavam trabalhando		1
Lesões de pele e abscessos		
Possui	1,640 (1,223; 2,199)	0,001
Não possui		1

Tabela 17 – Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes à disponibilidade de tecnologias. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(conclusão)

Variáveis	Motivos referentes à disponibilidade de tecnologias	
	*RP (IC 95%)	**p
Doenças crônicas do aparelho respiratório		
Possui	0,657 (0,356; 1,215)	0,181
Não possui		1
Hábito de procurar assistência antes de procurar atendimento no serviço de emergência		
Possui	1,398 (0,998; 1,959)	0,051
Não possui		1
Tempo que aguardou para realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência		
Zero dia	1,181 (0,764; 1,825)	0,454
De 1 a 7 dias	1,150 (0,854; 1,549)	0,356
De 8 a 30 dia	0,844 (0,548; 1,300)	0,441
De 31 a 120 dias	2,023 (1,690; 2,422)	0,001
Aguarda o exame	1,318 (0,802; 2,166)	0,275
Nunca consultou ou não foi solicitado exames		1
Necessidade de exames diagnósticos de imagem		
Sim	1,285 (1,024; 1,613)	0,030
Não		1
Tempo de início dos sintomas (horas)	1,308 (1,153; 1,483)	0,001

Fonte: Autora

*Razão de Prevalência **Significância estatística se p-valor \leq 0,05

5.6 Fatores associados aos motivos de utilização do serviço de emergência referentes ao HCPA

Na análise bivariada, as variáveis independentes que apresentaram significância estatística quando associadas aos motivos de utilização do serviço de emergência do HCPA referentes à própria instituição hospitalar, ou seja, fatores

ligados ao HCPA que motivaram os usuários a utilizar o seu serviço de emergência estão apresentadas na Tabela 18.

Tabela 18 – Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao HCPA. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(continua)

Variáveis	Motivos referentes ao HCPA						χ^2	*p
	SIM (n=128)		NÃO (n=258)		TOTAL (n=386)			
	n	%	n	%	n	%		
Grupos etários							16,657	0,001
De 18 a 29 anos	31	24,2	107	**41,5	138	35,7		
De 30 a 39 anos	26	20,3	60	23,2	86	22,3		
De 40 a 49 anos	34	26,6	50	19,4	84	21,8		
De 50 a 59 anos	37	**28,9	41	15,9	78	20,2		
Região do município de procedência							6,344	0,042
Porto Alegre	68	53,2	164	**63,6	232	60,1		
Região Metropolitana	46	**35,9	81	31,4	127	32,9		
Outros municípios	14	10,9	13	5,0	27	7,0		
Status ocupacional							20,250	0,001
Estavam trabalhando	52	40,6	167	**64,7	219	56,7		
Não trabalhavam	76	**59,4	91	35,3	167	43,3		
Problemas pós-operatórios							9,782	0,002
Sim	9	**7,0	3	1,2	12	3,1		
Não	119	93,0	255	**98,8	374	96,9		
Lesões de pele e abscessos							3,974	0,046
Sim	4	3,1	22	**8,5	26	6,7		
Não	124	**96,9	236	91,5	360	93,3		
Dor no peito							5,356	0,021
Sim	7	5,5	34	**13,2	41	10,6		
Não	121	**94,5	224	86,8	345	89,4		
Cefaléia							5,714	0,017
Sim	13	10,2	51	**19,8	64	16,6		
Não	115	**89,8	207	80,2	322	83,4		
Número de morbidades							32,661	<0,001
Nenhuma morbidade	41	32,0	147	**56,9	188	48,7		
1 morbidade	47	36,7	84	32,6	131	33,9		
2 ou mais morbidades	40	**31,3	27	10,5	67	17,4		

Tabela 18 – Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à própria instituição hospitalar. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(conclusão)

Variáveis	Motivos referentes ao HCPA						χ^2	*p
	SIM (n=128)		NÃO (n=258)		TOTAL (n=386)			
	n	%	n	%	n	%		
Hábito de procurar assistência antes de procurar atendimento no serviço de emergência							5,174	0,023
Possui	110	**85,9	196	76,0	306	79,3		
Não possui	18	14,1	62	**24,0	80	20,7		
Hábito de consultar em serviços de emergência							13,552	0,001
Sim	16	12,5	76	**29,5	92	23,8		
Não	112	**87,5	182	70,5	294	76,2		
Usuário em acompanhamento no Ambulatório do HCPA							82,140	0,001
Sim	55	**43,0	14	**5,4	69	17,9		
Não	73	57,0	244	94,6	317	82,1		
Vínculo com profissional de saúde							9,012	0,001
Sim	64	**50,0	71	27,5	135	35,0		
Não	64	50,0	187	**72,5	251	65,0		
Decisão de procurar assistência no serviço de emergência							47,966	0,001
Conta própria e/ou familiares / conhecidos	82	64,1	238	**92,2	320	82,9		
Profissional da saúde	46	**35,9	20	7,8	66	17,1		
Tempo de início dos sintomas (horas)[#]	96,0		120,0					0,012
	(24,0-240,0)		(48,0-360,0)					

Fonte: Autora

Realizado teste quiquadrado (χ^2) *Significância estatística se p-valor \leq 0,05 **Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância. [#] Variável descrita por mediana (percentis 25-75) e comparados por *Mann-Whitney*.

As variáveis de significância identificadas na análise bivariada foram submetidas à regressão de Poisson múltipla. As variáveis que permaneceram com associações estatisticamente significativas com os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao HCPA, após esse ajuste, estão apresentadas na Tabela 19.

Os usuários que possuíam lesões de pele e abscessos apresentaram menor prevalência dos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao HCPA em 46,5%. Os participantes que eram portadores de duas ou mais morbidades crônicas apresentaram 61,3% maior prevalência desse grupo de motivações para utilizar o serviço de emergência do que aqueles que não possuíam morbidades crônicas.

Os respondentes que possuíam o hábito de consultar em serviços de emergência apresentaram 57,5% menor prevalência dos motivos de utilização referentes ao HCPA. Aqueles que estavam em acompanhamento no Ambulatório do HCPA apresentaram 2,09 vezes maior prevalência desses motivos de utilização. Aqueles que possuíam vínculo com profissional de saúde apresentaram 38,4% maior prevalência dos motivos de utilização referentes ao HCPA do que aqueles que não possuíam vínculo, assim como os participantes que procuraram o serviço de emergência por conta própria ou por indicação de familiares e /ou conhecidos apresentaram 54,2% menor prevalência de relatar os motivos de utilização referentes ao HCPA do que os usuários que foram encaminhados por profissional da saúde.

Tabela 19 – Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes ao HCPA. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(continua)

Variáveis	Motivos referentes ao HCPA	
	*RP (IC 95%)	**p
Grupos etários		
De 18 a 29 anos	1,233 (0,789; 1,927)	0,357
De 30 a 39 anos	1,257 (0,859; 1,845)	0,240
De 40 a 49 anos	1,180 (0,873; 1,594)	0,282
De 50 a 59 anos	1	

Tabela 19 – Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes ao HCPA. Porto Alegre, 2012. (n=386)

(continua)

Variáveis	Motivos referentes ao HCPA	
	*RP (IC 95%)	**p
Região do município de procedência		
Porto Alegre	0,897 (0,594; 1,356)	0,607
Região Metropolitana	1,025 (0,671; 1,563)	0
Outros municípios	1	,911
Status ocupacional		
Estavam trabalhando	0,808 (0,610; 1,069)	
Não trabalhavam	1	0,135
Problemas pós-operatórios		
Sim	1,406 (0,901; 2,194)	
Não	1	0,133
Lesões de pele e abscessos		
Sim	0,465 (0,250; 0,866)	
Não	1	0,016
Dor no peito		
Sim	0,661 (0,332; 1,314)	0,238
Não	1	
Cefaléia		
Sim	0,605 (0,320; 1,145)	0,123
Não	1	
Número de morbidades		
Nenhuma morbidade	1	
1 morbidade	0,948 (0,662; 1,358)	0,770
2 ou mais morbidades	1,613 (1,098; 2,371)	0,015
Hábito de procurar assistência antes de procurar atendimento no serviço de emergência		
Possui	1,992 (0,598; 1,644)	0,974
Não possui	1	
Hábito de consultar em serviços de emergência		
Sim	0,575 (0,360; 0,917)	0,020
Não	1	
Usuário em acompanhamento no Ambulatório do HCPA		
Sim	2,095 (1,550; 2,832)	<0,001
Não	1	

Tabela 19 – Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes ao HCPA. Porto Alegre, 2012. (n=386)
(conclusão)

Variáveis	Motivos referentes ao HCPA	
	*RP (IC 95%)	**p
Vínculo com profissional de saúde		
Sim	1,384 (1,065; 1,798)	0,015
Não	1	
Decisão de procurar assistência no serviço de emergência		
Conta própria e/ou familiares / conhecidos	0,542 (0,415; 0,708)	<0,001
Profissional da saúde	1	
Tempo de início dos sintomas	1,000 (1,0; 1,0)	0,271

Fonte: Autora

*Risco Relativo **Significância estatística se p-valor \leq 0,05

5.7 Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes ao acesso

Problemas em extremidades foi a única variável independente que apresentou resultado estatisticamente significativo na análise bivariada, quando associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao acesso, conforme apresenta a Tabela 20. As demais variáveis independentes não apresentaram associações estatisticamente significantes na análise bivariada.

Tabela 20 - Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao acesso. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Variáveis	Motivos referentes ao acesso						χ^2	*p
	SIM (n=122)		NÃO (n=264)		TOTAL (n=386)			
	n	%	N	%	N	%		
Problemas em extremidades							4,482	0,034
Possui	7	5,7	34	**12,9	41	10,6		
Não possui	115	**94,3	230	87,1	345	89,4		

Fonte: Autora

Realizado teste quiquadrado (χ^2)

* Significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

5.8 Fatores associados aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre referentes à percepção de urgência dos usuários com demandas não urgentes

Nível econômico ($p=0,010$) e tempo de espera para realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência ($p=0,011$) foram as variáveis independentes que apresentaram resultados estatisticamente significantes na análise bivariada, quando associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à percepção de urgência, conforme apresenta a Tabela 21.

Tabela 21 - Variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à percepção de urgência. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Variáveis	Motivos referentes à percepção de urgência dos usuários						χ^2	*p
	SIM (n=38)		NÃO (n=348)		TOTAL (n=386)			
	n	%	n	%	N	%		
Nível econômico							9,218	0,010
A1 / A2 / B1 / B2	5	13,2	100	**28,7	49	12,7		
C1 / C2	23	60,5	209	60,1	232	60,1		
D / E	10	**26,3	39	11,2	105	27,2		
Tempo que aguardou para realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência							14,91	0,011
Zero dia	5	13,5	19	5,5	24	6,4	8	
De 1 a 7 dias	7	18,9	55	16,2	62	16,4		
De 8 a 30 dias	1	2,7	36	10,6	37	9,8		
De 31 a 120 dias	3	**8,1	4	1,2	7	1,9		
Aguarda o exame	1	2,7	18	5,3	19	5,0		
Nunca consultou ou não foi solicitado exames	20	54,1	208	61,2	228	60,5		

Fonte: Autora

Realizado teste quiquadrado (χ^2)

Significância estatística se p-valor \leq 0,05. ** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Após a regressão de Poisson múltipla, as variáveis permaneceram com associações estatisticamente relevantes com os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à percepção de urgência, conforme a Tabela 22. Os participantes que pertenciam aos níveis econômicos D e E apresentaram 4,49 vezes maior prevalência os motivos de utilização referentes à percepção de urgência do que aqueles que pertenciam aos níveis econômicos mais favorecidos. Os respondentes que aguardaram de 31 a 120 dias para realizar os exames solicitados no serviço de saúde de referência do usuário apresentaram 4,38 maior prevalência dos motivos de utilização do serviço de emergência referentes à percepção de urgência do que aqueles que não tiveram exames solicitados ou nunca haviam consultado no serviço de saúde de referência.

Tabela 22 – Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas aos motivos de utilização do Serviço de Emergência da HCPA referentes à percepção de urgência. Porto Alegre, 2012. (n=386)

Variáveis	Motivos referentes à percepção de urgência	
	*RR (IC 95%)	**p
Nível econômico		
A1 / A2 / B1 / B2	1	
C1 / C2	2,297 (0,910; 5,797)	0,078
D / E	4,493 (1,649; 12,244)	0,003
Tempo que aguardou para realização dos exames solicitados no serviço de saúde de referência		
Zero dia	2,262 (0,983; 5,205)	0,055
De 1 a 7 dias	1,207 (0,543; 2,685)	0,644
De 8 a 30 dias	0,252 (0,034; 1,855)	0,176
De 31 a 120 dias	4,382 (1,557; 12,332)	0,005
Aguarda o exame	0,518 (0,078; 3,438)	0,496
Nunca consultou ou não foi solicitado exames	1	

Fonte: Autora

*Risco Relativo **Significância estatística se p-valor≤0,05

O Quadro 2 apresenta de forma resumida os grupos de motivações dos usuários não urgentes para utilizar o Serviço de Emergência do HCPA e os respectivos fatores associados.

Quadro 2. Grupos de motivações para utilizar o Serviço de Emergência do HCPA e os respectivos fatores associados.

Grupos de motivações para utilizar o Serviço de Emergência do HCPA	Fatores associados
Motivos referentes à preferência do usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Estar trabalhando; • Realizar cuidados caseiros; • Procurar atendimento no serviço de emergência por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos.
Motivos referentes à disponibilidade de tecnologias	<ul style="list-style-type: none"> • Estar trabalhando; • Possuir lesões de pele e abscessos; • Aguardar de 31 a 120 dias para realizar exames solicitados no serviço de saúde de referência; • Perceber que exames de imagem eram necessários; • Maior tempo de início dos sintomas;
Motivos referentes ao HCPA	<ul style="list-style-type: none"> • Não possuir lesões de pele a abscessos; • Possuir duas ou mais morbidades crônicas; • Não possuir o hábito de consultar em serviços de emergência; • Realizar acompanhamento no Ambulatório do HCPA; • Possuir vínculo com profissional de saúde; • Procurar atendimento por encaminhamento de profissional de saúde.
Motivos referentes ao acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Não possuir problemas em extremidades.
Motivos referentes à percepção de urgência	<ul style="list-style-type: none"> • Pertencer aos níveis econômicos D e E; • Aguardar de 31 a 120 dias para realizar exames solicitados no serviço de saúde de referência

Fonte: Autora

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão foi organizada em três seções: a primeira aborda o perfil demográfico e socioeconômico da amostra estudada; a segunda seção do capítulo discute a caracterização da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes e na terceira e última parte serão discutidos os motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento no serviço estudado e os fatores associados aos motivos identificados.

Existem algumas limitações referentes a esta investigação que devem ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. Os usuários não urgentes que não aguardaram por atendimento após serem classificados de acordo com a sua gravidade foram excluídos da amostra. Ademais, esta pesquisa foi realizada em apenas um serviço de emergência do município de Porto Alegre, dessa forma, os resultados desta investigação não podem ser generalizados a outros serviços de emergência do município estudado. Foram analisados os motivos de utilização dos usuários não urgentes que procuraram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA nos períodos matutino, vespertino e início da noite, todavia, o estudo não permitiu a análise dos motivos de utilização daqueles que utilizaram o serviço das 24:00 às 6:59 horas.

6.1 Perfil demográfico e socioeconômico dos usuários com demandas não urgentes que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Verificou-se que poucos questionários foram realizados com cuidadores / acompanhantes dos usuários não urgentes, indicando que os usuários que foram classificados como pouco urgentes (verdes) e não urgentes (azuis) pela Classificação de Risco Manchester não apresentavam dificuldade de comunicação, fato que pode estar relacionado com a estabilidade do quadro de saúde desses usuários.

A média de idade dos participantes deste estudo foi de 36,7 anos. Essa mesma média de idade foi identificada em pesquisa realizada em um serviço de emergência hospitalar localizado na Malásia (SELASAWATI, *et al*; 2007). Outros estudos internacionais realizados em serviços de emergência identificaram médias de idade dos usuários não urgentes próximas ao valor constado nesta investigação, como na França (média de idade igual a 36,3 anos), EUA (média de idade igual a 33 anos) e Israel (média de idade igual a 39,4 anos) (GENTILE *et al*, 2010; SCOTT *et al*, 2009; RASSIN *et al*, 2005). No entanto, Afilalo *et al* (2004) realizaram pesquisa em serviço de emergência localizado no Canadá e identificaram médias de idade dos usuários não urgentes superiores àquela verificada nesta pesquisa, sendo que a média de idade verificada foi igual a 43,3 anos. Cabe ressaltar que os estudos citados anteriormente incluíram diferentes grupos etários nas amostras estudadas, sendo que todas as pesquisas excluíram menores de 16 anos, além disso, as características demográficas entre as localidades onde foram realizadas as pesquisas são diversas, dificultando a comparação das médias encontradas.

No que se refere aos grupos etários dos usuários do sexo feminino da amostra estudada, identificou-se diminuição do número de participantes com o aumento da idade. Achado semelhante foi descrito por Carret, Fassa e Domingues (2009) que ao desenvolverem revisão sistemática de literatura, constataram associação inversa entre idade e utilizar serviços de emergência por demandas não urgentes.

Ocorreu maior prevalência de usuários não urgentes do sexo feminino na amostra estudada, uma vez que 68,4% dos usuários eram mulheres. Quanto à distribuição do sexo pelas faixas etárias, verificou-se que a maioria das mulheres pertencia à faixa etária de 18 a 29 anos. Supõe-se que essas usuárias podem estar utilizando o serviço de emergência para obtenção de atendimento especializado em ginecologia. Esse perfil difere da composição da população de Porto Alegre, a qual é composta por 54% de mulheres (PORTO ALEGRE, 2010). No entanto, esses resultados foram semelhantes aos encontrados por Carret, Fassa e Kawachi (2007) que realizaram estudo em serviço de emergência localizado no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, e identificaram que a prevalência de usuários não urgentes foi significativamente maior entre as mulheres de 15 a 49 anos. Essa tendência também foi verificada em revisão sistemática de literatura que estudou a

prevalência e os fatores associados à utilização de serviços de emergência por demandas não urgentes (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

No entanto, estudos realizados em serviços de emergência situados na Suécia, Canadá, Coréia do Sul e Cuba não apresentaram diferenças de utilização por usuários não urgentes quando analisada a variável sexo (AFILALO *et al*, 2004; BACKMAN *et al*, 2008; HWANG; CHANG, 2010; VOS *et al*, 2008). Outras investigações, desenvolvidas em serviços de emergência localizados na Malásia, Austrália, Kwait, Israel e França verificaram maior apresentação de homens nos serviços de emergência por demandas não urgentes (GENTILE *et al*, 2010; SELASAWATI *et al*, 2007; SHAH; SHAH; BEHBEHANI, 1996; SIMINKI *et al*, 2008; RASSIN *et al*, 2006). Provavelmente, essas diferenças encontradas se relacionam com características de oferta de serviços de saúde e com aspectos socioculturais específicos de cada localidade.

Nesta pesquisa, aproximadamente metade da amostra foi composta por usuários casados ou que viviam maritalmente, enquanto que o restante da amostra não vivia com companheiro. No Brasil, não existem estudos que apresentam o status conjugal de usuários não urgentes que buscaram atendimento em serviços de emergência, há pesquisas que incluíram todas as demandas de atendimento, sem especificar a gravidade dos mesmos. Em Pelotas, Rio Grande do Sul, e em Tubarão, Santa Catarina, as porcentagens de usuários que procuraram atendimento em serviço de emergência e eram casados ou viviam maritalmente foi de 54,6% e de 67,6%, respectivamente (CARRET *et al*, 2011; SOUZA; FELIPPE; SILVA, 2009).

Quando comparado o resultado encontrado no presente estudo sobre o status conjugal com pesquisas realizadas no cenário internacional, verificaram-se diferenças, pois estudos desenvolvidos em serviços de emergência localizados na França, Itália e Israel identificaram que a utilização dos serviços de emergência por usuários com demandas não urgentes ocorria principalmente por usuários casados ou que viviam maritalmente, enquanto que neste estudo não foi observada esta tendência. (BIANCO; PILEGGI; ANGELILLO, 2003; GENTILE *et al*, 2010; RASSIN *et al*, 2006). Entretanto, Selasawati *et al* (2007) que estudaram os usuários não urgentes de um serviço de emergência da Malásia, verificaram maior porcentagem de usuários casados ou que viviam com companheiro que utilizavam o serviço estudado, porém, constataram associação estatisticamente significativa entre estar solteiro e procurar atendimento por demandas não urgentes no serviço de

emergência. De forma semelhante, investigação feita em serviço de emergência hospitalar situado em Taiwan verificou que estar solteiro era um preditor independente de utilização do serviço de emergência por demandas não urgentes (TSAI; LIANG; PEARSON, 2010).

Com relação à procedência dos usuários não urgentes que participaram do estudo, destacaram-se os usuários moradores do município de Porto Alegre (60,1%) e de municípios da região metropolitana (32,9%). Essa procura por atendimento de usuários residentes na cidade onde se localiza o serviço de emergência com importante porcentagem de usuários vindos de outros municípios também foi descrita por Serbim (2012), que desenvolveu pesquisa com idosos no serviço de emergência do HCPA e identificou que 57,3% dos idosos eram procedentes de Porto Alegre e 29,1% eram residentes da região metropolitana de Porto Alegre. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas em serviços de emergência localizados em Florianópolis – SC (SILVA *et al*, 2007), Campinas – SP (OLIVEIRA *et al*, 2011) e Salvador - BA (JACOBS; MATOS, 2005).

Quanto ao nível econômico dos usuários não urgentes, os resultados encontrados se assemelham aos dados da população de Porto Alegre e região metropolitana, exceto quando comparados aos níveis econômicos A e B, pois a porcentagem de usuários não urgentes identificada neste estudo foi inferior aos dados disponibilizados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2012). Provavelmente, essa diferença ocorreu devido ao Serviço de Emergência do HCPA oferecer somente atendimento por meio do Sistema Único de Saúde, enquanto que a população com nível econômico mais favorável possui condições financeiras de utilizar serviços de saúde suplementares ao SUS, assim, essas pessoas podem utilizar outros serviços de saúde para atendimento, até mesmo serviços de emergência, pois, está descrito na literatura que a utilização dos serviços de emergência por demandas não urgentes também ocorre no setor privado (VALENTIM; SANTOS, 2009). Além disso, estudo identificou associação estatisticamente significativa entre utilizar o serviço de emergência por demandas não urgentes e possuir nível econômico mais favorável (OKTAY *et al*, 2003).

Ao comparar os resultados sobre nível econômico com os dados obtidos em estudo desenvolvido no município de Pelotas – RS sobre a demanda do serviço de emergência, notou-se que as autoras também verificaram maior porcentagem de usuários que pertenciam ao nível econômico C, no entanto, constataram menor

frequência de usuários dos níveis econômicos A e B, assim como detectaram maior número de usuários pertencentes aos níveis econômicos D e E (CARRET *et al*, 2011). Cabe ressaltar que Carret *et al* (2011) estudaram toda a população que procurou atendimento no serviço investigado, não realizando análise segundo a gravidade dos usuários, por isso podem ter ocorrido essas divergências nos achados, uma vez que a utilização dos serviços de urgência difere, em alguns aspectos, da utilização do serviço de emergência por demandas não urgentes.

No que se refere à distribuição dos níveis econômicos por sexo, verificou-se maior percentual de homens que pertenciam aos níveis mais favorecidos e maior número de mulheres que pertenciam aos grupos econômicos menos favorecidos. Esses achados concordam com dados de Porto Alegre e região metropolitana, onde as mulheres são mais suscetíveis ao desemprego, ocupam cargos com menores possibilidades de carreira e com menor status, e, rendimentos médios inferiores aos dos homens (SISTEMA PESQUISA DE EMPREGO E DESEMPREGO, 2010).

A escolaridade dos usuários da amostra estudada foi maior do que a da população brasileira, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), 16,5% da população possuía de 8 a 10 anos de estudo, enquanto que nesta pesquisa 41,5% dos participantes possuíam de 8 a 11 anos de estudo.

Pesquisas realizadas em serviços de emergência em países economicamente desenvolvidos identificaram porcentagens semelhantes às identificadas neste estudo no que se refere ao grau de instrução (BACKMAN *et al*, 2010; BIANCO; PILEGGI; ANGELILLO, 2003; COOKE *et al*, 2010; GENTILE *et al*, 2010; LEGA; MENGONI, 2008; RASSIN *et al*, 2006; SCOTT *et al*, 2009). No entanto, em serviço de emergência italiano, Lega e Mengoni (2008) constataram associação entre procurar atendimento por demandas não urgentes e possuir menor grau de instrução. É importante considerar que países desenvolvidos possuem maior índice de desenvolvimento humano, dessa forma, apesar dos usuários que participaram desta pesquisa possuírem maior grau de instrução do que a população brasileira, nas pesquisas realizadas em serviços de emergência de países desenvolvidos, essa taxa de escolaridade é considerada baixa.

Quanto à distribuição dos grupos etários por grau de instrução, identificou-se diminuição da prevalência de usuários com escolaridade de até 11 anos de estudo conforme aumento da idade, o mesmo fato foi constatado com participantes que possuíam mais de 11 anos de estudo. Esta diferença ocorreu com maior notoriedade

entre usuários que pertenciam aos grupos etários de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos. Esse achado discorda dos resultados descritos por Carret, Fassa e Kawachi (2007) as quais constataram que os usuários com mais de 50 anos e com maior grau de instrução eram mais propensos a procurar o serviço de emergência por demandas não urgentes.

A análise do status ocupacional dos usuários não urgentes revelou que um pouco mais da metade dos entrevistados exerciam atividade laboral remunerada no momento da coleta dos dados. Os trabalhadores semi-especializados e não especializados compuseram a mão de obra predominante na amostra estudada. A mão de obra pouco especializada também foi a mais presente entre os usuários não urgentes de um serviço de emergência italiano (LEGA; MEGONI, 2008). No entanto, os resultados encontrados por Lee *et al* (2000), em pesquisa realizada em serviços de saúde na China, discordaram desses achados, pois ocorreu associação entre desempenhar ocupações que exigem maior qualificação e procurar atendimento no serviço de emergência por demandas não urgentes.

Quando comparado o status ocupacional com os achados de outras pesquisas que abordaram a utilização de serviços de emergência por usuários não urgentes, notou-se que a maioria dos estudos constatou maior porcentagem de usuários não urgentes que trabalhavam (BACKMAN *et al*, 2008; BACKMAN *et al*, 2010; GENTILE *et al*, 2010; LEE *et al*, 2000; TSAI; LIANG; PEARSON, 2010), exceto o estudo de Selasawati *et al* (2007) cujos resultados sobre status ocupacional foram semelhantes aos identificados na presente pesquisa. Apesar dessa divergência dos achados sobre status ocupacional, pesquisas não encontraram associações entre procurar atendimento em serviço de emergência por demandas não urgentes e status ocupacional (AFILALO *et al*, 2004; CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

No que tange aos meios de transporte utilizados, destacou-se que os meios de transportes públicos foram os mais utilizados pelos usuários não urgentes do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esse resultado também foi verificado por Stein *et al* (2002) que desenvolveu pesquisa em outro serviço de emergência hospitalar de Porto Alegre. Não obstante, outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, em Pelotas, constatou que o transporte utilizado com maior frequência para se deslocar até o serviço de emergência estudado foi o carro (CARRET *et al*, 2011). No que se refere ao uso do carro como meio de

transporte até o serviço de emergência, Stein *et al* (2002) identificaram associação entre utilizar carros para se locomover até o serviço e apresentar maior gravidade do problema de saúde, porém, não observaram associação entre utilizar o transporte público e procurar atendimento no serviço de emergência por demandas não urgentes. Os meios de transporte utilizados pelos usuários não urgentes para locomoção até os serviços de emergência apresentam resultados variados. Essa diversidade pode ser explicada pela variabilidade das características de cada local estudado, uma vez que existem fatores intervenientes na decisão do meio de transporte a ser utilizado pelos usuários, como o porte da cidade, o nível socioeconômico da população e a qualidade do transporte coletivo oferecido para a população (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

O perfil demográfico e socioeconômico dos usuários com demandas não urgentes que procuram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA revela que estes usuários possuem características próprias, diferenciando-se, por vezes, do restante da população. Com isto, infere-se que existem características de oferta de serviços do HCPA e dos demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde que influenciam a utilização do serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes, como por exemplo, a oferta de atendimento especializado em ginecologia que pode ter contribuído para maior procura de atendimento de mulheres jovens no serviço.

6.2 Características da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes

A procura por atendimento dos usuários não urgentes que participaram deste estudo ocorreu majoritariamente durante os turnos da manhã e tarde, com diminuição da demanda no turno da noite. Esses achados corroboram com estudos nacionais e internacionais realizados com usuários com demandas não urgentes que procuram atendimento em serviços de emergência (BIANCO; PILEGGI; ANGELILLO, 2003; CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007; OTERINO *et al*, 1999; SIMONS, 2008; SOUZA; FELIPPE; SILVA, 2009; TSAI; LIANG; PEARSON, 2010; VOS *et al*, 2008).

É importante considerar que durante a fase de coleta de dados observou-se que cerca de 20 usuários não urgentes foram encaminhados pelas enfermeiras da classificação de risco, no início do turno da manhã nos dias úteis, para realizarem consulta médica na zona 12 do Ambulatório do HCPA, conforme rotina do serviço. Dessa forma, esse setor funciona como um serviço de pronto atendimento ambulatorial integrado ao serviço de emergência, garantindo acesso rápido ao atendimento na instituição, visto que exames são realizados e retornos agendados, quando necessário. Os usuários que procuram o Serviço de Emergência do HCPA por demandas não urgentes são orientados quanto ao horário previsto de consulta e informados sobre a possibilidade de atendimento no ambulatório. Essa rotina do serviço pode ter contribuído para maior procura de atendimento no turno da manhã. Além disso, estudo realizado em um serviço de emergência de Salvador – BA verificou que a distribuição dos atendimentos ao longo do dia obedece ao ciclo natural de sono-vigília dos seres humanos, independente do grupo de causas da Classificação Estatística Internacional de Doenças, da gravidade e dos problemas relacionados à saúde (JACOBS; MATOS, 2005). No entanto, pesquisa desenvolvida por Sempere-Selva *et al* (2001) em serviço de emergência hospitalar localizado na Espanha com usuários não urgentes, não identificou diferenças significativas entre os turnos de atendimento.

Durante a semana, verificou-se maior número de atendimentos por demandas não urgentes no Serviço de Emergência do HCPA de segunda-feira a sexta-feira. Notou-se que durante os finais de semana ocorreu importante diminuição da demanda de usuários não urgentes. Estudos realizados em serviços de emergência situados na França (GENTILE *et al*, 2010) e na Itália (BIANCO; PILEGGO; ANGELILLO, 2003) também identificaram maior demanda de atendimento por usuários não urgentes de segunda-feira a sexta-feira. Entretanto, Tsai, Liang e Pearson (2010) e Davis *et al* (2010) os quais desenvolveram investigações em serviços de emergência localizados em Taiwan e nos EUA, respectivamente, verificaram que os usuários com demandas não urgentes foram mais frequentes aos finais de semana. Não obstante, Sempere-Selva *et al* (2001) não identificaram diferenças significativas entre os dias da semana.

As publicações nacionais não apresentam os dias da semana de maior procura por atendimento especificados conforme a gravidade dos usuários, apesar disso, é possível identificar similaridades. Está descrito na literatura nacional que os

dias úteis foram eleitos na procura por atendimento em serviços de emergência situados em Maringá - PR (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002), em Florianópolis - SC (SILVA *et al*, 2007), em Recife - PE (SIMONS, 2008), em Campinas (OLIVEIRA *et al*, 2011) e em Ribeirão Preto (GOMIDE *et al*, 2012) no estado de São Paulo. No entanto, estudo realizado em serviço de emergência situado em Pelotas, Rio Grande do Sul, verificou que os dias de maior demanda no serviço de emergência foram os domingos e feriados (CARRET *et al*, 2011). Cabe lembrar que durante os dias úteis da semana o ambulatório do HCPA está em funcionamento, assim como o serviço de emergência oferece assistência no serviço de pronto atendimento integrado, o que pode ter contribuído para maior procura pelo serviço nos dias úteis.

No Serviço de Emergência do HCPA ocorreu maior procura de atendimento por usuários com demandas não urgentes às quartas-feiras (18,1%) e às segundas-feiras (17,9%). Jacobs e Matos (2005) e Gomide *et al* (2012) identificaram a ocorrência de maior número de atendimentos às segundas-feiras, no entanto, não observaram maior demanda de atendimento às quartas-feiras. Para Jacobs e Matos (2005), esse maior número de atendimentos às segundas-feiras pode estar relacionado à facilidade de acesso, disponibilidade de consulta médica sem marcação prévia e ao acúmulo de problemas de saúde não resolvidos no fim de semana.

É importante destacar que os usuários com demandas não urgentes do Serviço de Emergência do HCPA têm procurado atendimento em dias úteis e em horário comercial, correspondendo aos horários em que os serviços da Atenção Primária à Saúde oferecem atendimento. Para Simons (2008), esse comportamento dos usuários não urgentes elucida a ideia de que uma das razões para as pessoas procurarem os serviços de emergência seria por dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Ao observar o mapa das gerências distritais de saúde de Porto Alegre e municípios vizinhos (Figura 2) é possível identificar que os usuários não urgentes que participaram deste estudo se deslocaram, majoritariamente, de determinada região geográfica, a qual foi composta pelos municípios de Viamão e Alvorada, assim como pelos distritos de saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, Centro e Norte/Eixo Baltazar. Nota-se que essas localizações situam-se geograficamente próximas, exceto pelo distrito de saúde Centro ao qual pertence o serviço de emergência estudado. O deslocamento de usuários não urgentes de regiões

específicas também foi descrito em serviços de emergência localizados na Espanha (SEMPERE-SELVA *et al*, 2001) e na Itália (LEGA; MENGONI, 2008), sendo que essas regiões não eram, necessariamente, próximas do serviço, entretanto, os autores não apresentaram hipóteses causais para esse comportamento. Na região geográfica identificada nesta pesquisa há maior oferta de condução pública cujo trajeto facilita o acesso ao HCPA, fato que pode ter contribuído para o deslocamento de pessoas dessa região.

Cabe ressaltar que a região destacada no presente estudo conta com Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família entre outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde, inclusive serviços de emergência não hospitalares e hospitalares. No entanto, a rede de atenção à saúde está se consolidando, haja vista que no ano de 2012 novos serviços de emergência não hospitalares foram inaugurados em Viamão e na gerência distrital de saúde Norte/Eixo Baltazar. Ademais, o município de Alvorada e a gerência de saúde Centro não possuem em seu território serviços de emergência não hospitalares, fato que pode contribuir para a utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes.

Além disso, a gerência distrital de saúde do centro é a mais populosa do município, com 276.508 moradores, no entanto, essa região conta com apenas três centros de saúde e uma Estratégia de Saúde da Família (PORTO ALEGRE, [20--]). Provavelmente essas unidades de saúde não suprem a necessidade da população, levando em consideração que a oferta de serviços pode ser considerada insuficiente para o quantitativo de usuários residentes na região. Almeida e Pires (2007) identificaram que na percepção de profissionais de saúde, os usuários procuram assistência em serviços hospitalares de emergência devido à incapacidade das unidades locais de saúde em dar respostas eficazes às necessidades da população.

Os problemas de saúde mais citados pelos usuários não urgentes que procuraram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA se relacionavam com a presença de dor e de sintomas do aparelho digestivo. De forma semelhante, a dor abdominal foi o principal problema de saúde relatado pelos usuários não urgentes de um serviço de emergência localizado na Espanha (SEMPERE-SELVA *et al*, 2001). Os sintomas relacionados ao aparelho digestivo foram destacados em pesquisas realizadas em serviços de emergência situados na Suécia (BACKMAN *et al*, 2008), Malásia (SELASAWATI *et al*, 2007) e Coréia do Sul (HWANG; CHANG, 2010). No

entanto, está descrito na literatura que os problemas traumatológicos têm sido os mais relatados pelos usuários não urgentes em serviços de emergência por (AFILALO *et al*, 2004; BÉLAND; LEMAY; BOUCHER, 1998; COLEMAN; IRONS; NICHOLL, 2001; GÓMEZ-JIMÉNEZ *et al*, 2006; RASSIN *et al*, 2006; TSAI; LIANG; PEARSON, 2010). Esse comportamento não foi constatado no serviço de emergência estudado, pois não oferece atendimento às urgências traumatológicas, sendo os usuários encaminhados a um serviço de referência. Foi possível estabelecer duas tipologias de usuários não urgentes: portadores de problemas de saúde complexos, que eram doentes crônicos e frequentemente, realizavam acompanhamento no Ambulatório do HCPA e aqueles que apresentavam queixas agudas com tempo de início prolongado.

Os fluxogramas do protocolo de Manchester mais utilizados pelas enfermeiras para avaliar os usuários foram dor abdominal em adulto, seguido de mal estar em adulto. Os discriminadores mais usados foram: dor leve recente (35,8%) e evento recente (29,5%). A maioria dos usuários recebeu a prioridade da cor verde (81,1%). Resultado semelhante foi identificado no Serviço de Emergência do Hospital João XXIII, em Minas Gerais, o qual foi pioneiro no Brasil em utilizar o protocolo de Manchester para classificação de risco (GUTIERREZ; LIMA, 2008). É oportuno considerar que não foram encontrados estudos com enfoque sobre os fluxogramas e os discriminadores do protocolo de Manchester utilizados na classificação dos usuários não urgentes.

Aproximadamente 92% dos usuários não urgentes que participaram deste estudo consideraram que o seu estado de saúde era ruim ou regular. Maior ansiedade sobre o estado de saúde e percepção do quadro de saúde como problemático foram características identificadas nos usuários não urgentes que procuraram atendimento em serviços de emergência (BACKMAN *et al*, 2010; 2008). Além disso, Sarver, Cydulka e Baker (2002) identificaram associação estatística entre considerar o estado de saúde como ruim ou regular e procurar atendimento em serviço de emergência por demandas não urgentes. Estudo realizado em serviço de emergência localizado na Malásia identificou que os usuários que consideravam possuir doença grave eram nove vezes mais propensos a procurar atendimento em serviço de emergência por demandas não urgentes do que aqueles que atribuíram menor gravidade ao seu estado de saúde (SELASAWATI *et al*, 2007). Contrariando

essa ideia, Afilalo *et al* (2004) identificaram que os usuários não urgentes atribuíram-se melhor estado de saúde do que os usuários urgentes.

A autopercepção do estado de saúde dos usuários sofre influência do contexto onde estão inseridos no momento em que a pergunta é realizada, dificultando a interpretação dessa variável. A medida da autopercepção pode não refletir o modo que o indivíduo avalia o seu estado de saúde, pois parece estar mais relacionado com a forma de utilizar os serviços de saúde (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Dessa maneira, a alta porcentagem de usuários que julgaram o seu estado de saúde como ruim ou regular seria esperada, visto que a gravidade atribuída justificaria a procura de atendimento nesse serviço.

Aproximadamente 51% dos usuários não urgentes referiram possuir doenças crônicas. No cenário internacional, os estudos realizados em serviços de emergência com usuários não urgentes identificaram menor número de usuários com doenças crônicas. O estudo de Backman *et al* (2010), realizado em serviço de emergência sueco, identificou que 40% dos usuários não urgentes possuíam doenças crônicas. Tsai, Liang e Pearson (2010) constataram que, em um serviço de emergência situado em Taiwan, 26,1% dos usuários não urgentes possuíam enfermidades crônicas e Bianco, Pileggi e Angelillo (2003) verificaram que 17,9% dos usuários não urgentes que procuraram atendimento em um serviço de emergência localizado na Itália possuíam problemas crônicos de saúde. Além disso, Béland, Lemay e Boucher (1998) verificaram associação estatística entre não possuir doenças crônicas e utilizar um serviço de emergência situado no Canadá por demandas não urgentes. Entretanto, Lago *et al* (2010) ao desenvolverem estudo em serviço de emergência no estado de Santa Catarina verificaram porcentagem de doentes crônicos semelhante àquela constatada nesta pesquisa.

Em relação ao número de morbidades autorreferidas, aproximadamente um terço da amostra referiu possuir uma doença crônica, enquanto que 12,4% relataram possuir duas morbidades e 4,9% possuíam 3 ou mais morbidades crônicas. Apesar de esses achados discordarem daqueles identificados por Hwang e Chang (2010) em um serviço de emergência localizado na Coreia do Sul, assemelham-se aos dados referentes à população brasileira constatados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), indicando que o número de doentes crônicos identificados se assemelha aos dados da população nacional. Estudos realizados por Carret, Fassa

e Domingues (2009) e Lang *et al* (1996) não identificaram associação estatística entre a presença de morbidades crônicas e utilização do serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes. Apesar disso, autores preconizam que os doentes crônicos sejam atendidos, prioritariamente, na atenção primária à saúde, que possibilita a continuidade da relação clínica, permitindo o estabelecimento de diagnósticos definitivos e tratamentos adequados (CARRET *et al*, 2011; LAGO *et al*, 2010).

As doenças do aparelho circulatório foram as mais citadas pelos usuários que possuíam problema crônico de saúde e procuraram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA por demandas não urgentes. Entre as doenças circulatórias, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se destaca na população brasileira por ser a patologia mais frequente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), assim como, pertence ao grupo das doenças de causa cardiovascular, as quais representam o principal grupo de causa de mortalidade no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Nos serviços de emergência brasileiros, a HAS constitui a patologia crônica mais frequente entre os usuários (CARRET *et al*, 2011; LAGO *et al*, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2011). Destaca-se que, ainda que o Serviço de Emergência do HCPA não ofereça atendimento especializado em psiquiatria, os transtornos mentais e comportamentais compuseram o segundo grupo de doenças crônicas mais citadas pelos participantes. Esses problemas crônicos também foram evidenciados em uma pesquisa realizada em um serviço de emergência de Pelotas - RS, a qual constatou que a depressão foi o segundo problema crônico de saúde mais relatado pelos usuários (CARRET *et al*, 2011). No entanto, os transtornos mentais e comportamentais autorreferidos não foram citados em outras investigações realizadas em serviços de emergência (LAGO *et al*, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2011).

Aproximadamente 79% dos participantes referiram que geralmente procuram atendimento em outros serviços da rede de atenção antes de se deslocar ao Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mais da metade da amostra referiu que geralmente procuram atendimento em serviços da atenção primária à saúde antes de se deslocar até o serviço de emergência, no entanto, contraditoriamente, menos de um terço dos participantes procurou atendimento em serviços da atenção primária antes de procurar atendimento no serviço estudado. A pergunta sobre o hábito de procurar assistência antes de se deslocar até o serviço

de emergência foi a primeira questão sobre a utilização de serviços de saúde feita aos participantes e as respostas podem ter sofrido influência do contexto, visto que a pergunta foi realizada em cenário de superlotação, com usuários de menor gravidade. Assim, possuir o hábito de consultar em outras unidades de saúde antes de procurar assistência no serviço de emergência poderia demonstrar a necessidade de buscar atendimento nesse nível de atenção, tendo em vista que, por já terem utilizado outros serviços de saúde da rede de atenção, detêm o conhecimento sobre a capacidade resolutiva dos serviços ofertados nestes locais de atendimento.

Pesquisas realizadas em serviços de emergência da Espanha (HERMIDA *et al*, 2011), França (GENTILE *et al*, 2010) e Reino Unido (COLEMAN; IRONS; NICHOLL, 2001) encontraram porcentagens de usuários que procuraram atendimento em serviços de saúde da atenção primária antes de procurar atendimento em serviços de emergência semelhantes ao deste estudo. Bianco, Pileggi e Angelillo (2003) constataram que apenas 5% dos usuários não urgentes de um serviço de emergência localizado na Itália haviam consultado com médico antes de procurar atendimento. Outras investigações verificaram que a maioria dos usuários não procurou assistência em outros serviços de saúde antes de se deslocar até os serviços de emergência (LAGO *et al*, 2010; RASSIN *et al*, 2006; SOUZA; FELIPPE; SILVA, 2009). De acordo com Lago *et al* (2010) os usuários buscam primeiro o serviço de emergência devido ao fato de que, em situações anteriores, não receberam atendimento adequado na atenção primária à saúde.

O atendimento às urgências e emergências nas unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade deveria ocorrer respeitando a capacidade resolutiva inerente a cada nível de atenção. Contudo, o sistema de saúde ainda apresenta número de unidades de saúde insuficientes, restrição de recursos para realização de exames e procedimentos, bem como dificuldade de acesso à atenção secundária e terciária, ocasionando descontentamento e filas de espera. No caso dos usuários não urgentes que procuraram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA, evidencia-se a importância do trabalho em rede para garantir a transição do cuidado, por meio de uma rede articulada de serviços de saúde.

Dentre as atitudes dos usuários diante do problema de saúde, destacou-se a automedicação. Essa prática de autocuidado é bastante difundida, principalmente em países cujos sistemas de saúde são pouco estruturados. A ida à farmácia representa a primeira opção de procura para resolver um problema de saúde, visto

que existe uma vasta gama de medicamentos que são comercializados sem prescrição médica. Automedicar-se representa uma forma rápida para a obtenção do alívio de incômodos, especialmente os mais comuns, como a gripe, febre e dor de garganta (AUTOMEDICAÇÃO, 2001). Em um serviço de emergência de Maringá – PR, a automedicação dos usuários também foi destacada (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002), sendo que essa tendência tem sido mais comum entre as mulheres do que em homens (RASSIN *et al*, 2006). É importante ressaltar que a automedicação pode acarretar prejuízos à saúde dos indivíduos, pois pode mascarar diagnósticos na fase inicial da doença, repercutindo no estado de saúde dos usuários.

Um a cada nove usuários não urgentes que procuraram assistência no Serviço de Emergência no HCPA referiu possuir algum tipo de plano de saúde. De forma semelhante, Carret, Fassa e Kawachi (2007) verificaram que em um serviço de emergência de Pelotas, Rio Grande do Sul, um a cada seis usuários possuía plano de saúde. Entretanto, Gentile *et al* (2010) constataram que em um serviço de emergência situado na França, 80% dos usuários não urgentes eram conveniados a algum plano de saúde. Essa divergência provavelmente ocorreu devido às diferenças organizacionais entre o sistema de saúde brasileiro e o francês. Ao realizar revisão sistemática de literatura, Carret, Fassa e Domingues (2009) verificaram que não ocorreu associação entre possuir plano de saúde e procurar atendimento em serviço de emergência por demandas não urgentes. Apesar disso, alguns planos de saúde impõem um conjunto grande de limitações em termos de cobertura e de rapidez no acesso (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Como já citado anteriormente, o Serviço de Emergência do HCPA oferece atendimento somente por meio do SUS. Esses usuários que possuem planos de saúde podem desconhecer os serviços de saúde onde o convênio é credenciado ou podem vivenciar as limitações e as restrições impostas pelo plano de saúde, preferindo o atendimento do sistema público de saúde.

Destacou-se que mais da metade dos respondentes relatou que o serviço de saúde de referência oferecia atendimento em horário comercial. Esse horário de funcionamento restringe o acesso dos usuários que trabalham, dificultando a realização de acompanhamento do estado de saúde. É importante considerar que os usuários não urgentes utilizaram o serviço de emergência principalmente em horário comercial.

Apesar disso, 43,27% dos participantes nunca haviam consultado no serviço de saúde de referência ou haviam consultado há mais de um ano. As barreiras de acesso à atenção primária à saúde estão descritas em estudos tanto no que tange ao horário de funcionamento das unidades de saúde quanto à dificuldade de receber atendimento sem agendamento prévio (ABREU, 2009; CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007, OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Esses entraves vivenciados pelos usuários contribuem para a utilização dos serviços de emergência por demandas não urgentes, uma vez que Carret, Fassa e Kawachi (2007) identificaram que os indivíduos cujos serviços de referência ofereciam atendimento em períodos curtos de tempo eram mais propensos a utilizar o serviço de emergência por demandas não urgentes (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

Apesar disso, na última vez que os usuários haviam consultado no serviço de saúde de referência, a maioria conseguiu consulta médica para o mesmo dia da solicitação. Esse fato pode se relacionar ao sistema de agendamento utilizado nos serviços de saúde municipais, os quais não contam com um sistema de agendamento telefônico para consultas, muitas unidades distribuem fichas diárias de atendimento as quais são fornecidas no início da manhã, dessa forma, filas para agendamento de consultas para o dia não são incomuns. De forma semelhante, Oliveira, Mattos e Souza (2009) identificaram barreiras de acesso em serviços da atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, como a restrição quanto ao número de vagas para consulta, sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário e filas na madrugada.

Dos usuários que consultaram no serviço de saúde de referência, metade precisou realizar exames diagnósticos, sendo que a maioria utilizou o SUS e aproximadamente 56% realizaram os exames em sete dias. Carret, Fassa e Kawachi (2007) verificaram que 35% dos usuários de um serviço de emergência em Pelotas, RS, que haviam consultado no serviço de referência da atenção primária à saúde e precisaram realizar exames, aguardaram 30 dias ou mais pra realizá-los. Entretanto, apesar do tempo de espera por exames solicitados em serviços da atenção primária à saúde exercer importante impacto na utilização do serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes, essa diferença não foi estatisticamente significativa (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

Apenas 35% da amostra possuía vínculo com profissional da saúde, sendo que o médico foi o profissional da saúde mais mencionado pelos participantes.

Resultados semelhantes foram identificados em serviços de emergência situados na China (LEE *et al*, 2000), nos EUA (SCOTT *et al*, 2009), no Kwait (SHAH; SHAH; BEHBEHANI, 1996) e no Brasil (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007; STEIN *et al*, 2002). Contrariando esse achado, pesquisas realizadas em serviços de emergência localizados na França (LANG *et al*, 1996), Suíça (MÜLLER *et al*, 2012) e Canadá (AFILALO *et al*, 2004; BOUSHY; DUBINSKY, 1999) identificaram que a maioria dos usuários possuía vínculo com profissional da saúde, no entanto, nesses países, o vínculo é uma característica dos sistemas de saúde. É importante considerar que algumas investigações verificaram que os usuários que não possuíam vínculo com profissional de saúde utilizavam mais frequentemente o serviço de emergência por demandas não urgentes (LANG *et al*, 1996; SHAH; SHAH; BEHBEHANI, 1996; STEIN *et al*, 2002). Apesar disso, Rust *et al* (2008) destacaram que somente o vínculo com profissional da saúde não tem se mostrado suficiente para prevenir a utilização do serviço de emergência por demandas não urgentes, é necessário que o profissional da saúde seja de fácil acesso e esteja disponível de forma rápida para atender aos usuários.

Verificou-se que poucos usuários referiram possuir vínculo com enfermeiros. Isso pode ser atribuído ao modelo biomédico, que ainda está muito arraigado nos usuários e também nos profissionais de saúde. Schimith e Lima (2004) verificaram, ao estudar acolhimento e vínculo em uma equipe de saúde da família, que o enfermeiro desenvolvia mais atividades de prevenção e promoção, ao invés de ações clínicas. Concordando com as autoras, supõe-se que a atividade clínica aumenta a possibilidade de vínculo e propicia a responsabilização com as necessidades do usuário.

Um terço dos participantes que possuíam vínculo com profissional da saúde citou os serviços de saúde da atenção primária à saúde como local de vínculo, 26,7% referiu o Ambulatório do HCPA e apenas 2,2% relatou possuir vínculo com profissionais que atendem em serviços de emergência. Estudos realizados verificaram maior número de usuários vinculados à atenção primária à saúde e aos serviços de emergência (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002; SOUZA; FELIPPE; SILVA, 2009), enquanto que esta pesquisa identificou importante porcentagem de usuários não urgentes que eram vinculados ao ambulatório do próprio hospital, que presta assistência multiprofissional de consultas eletivas em 66 diferentes especialidades (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012d).

Destaca-se que 43,2% dos participantes já haviam procurado atendimento em serviços de emergência pelo mesmo problema de saúde, entretanto, poucos usuários referiram vínculo com profissional que atende nesses serviços. Estudo realizado por Carret *et al* (2011) sobre as características da demanda do serviço de emergência de Pelotas, RS, identificou menor porcentagem de usuários que haviam consultado previamente em serviço de emergência pelo mesmo problema de saúde (CARRET *et al*, 2011).

Outro dado que merece destaque são os usuários não urgentes que procuraram o serviço de emergência e possuem vínculo com o Ambulatório do HCPA. Esse achado se aproxima de resultados de estudos realizados no Serviço de Emergência do HCPA, os quais evidenciaram o vínculo estabelecido entre idosos e a instituição (GONÇALVES, 2011; SERBIM, 2012). Esses dados indicam que possuir vínculo com o HCPA é um fator que influencia a decisão de procurar atendimento no serviço de emergência, tanto em usuários adultos quanto em idosos.

A maioria dos usuários que participaram deste estudo aguardou pelo menos 24 horas para procurar atendimento no serviço de emergência. Bianco, Pileggi e Angelillo (2003) identificaram que mais de três quartos dos usuários não urgentes de um serviço de emergência localizado na Itália procuraram atendimento por problemas de saúde que haviam iniciado há pelo menos 24 horas, sendo que os usuários com demandas urgentes apresentaram menor tempo de início dos sintomas, sendo a diferença estatisticamente significativa. Selasawati *et al* (2007) verificaram que a média do tempo de início dos sintomas dos usuários não urgentes de um serviço de emergência localizado na Malásia foi de 48 horas. Nos EUA, Scott *et al* (2009) constataram que 71% dos usuários não urgentes de um serviço de emergência estavam com sintomas há mais de dois dias e 49% notaram que os sintomas haviam iniciado há uma semana ou mais. Entretanto, Afilalo *et al* (2004) identificaram que a média de início dos sintomas dos usuários não urgentes que procuraram atendimento em um serviço de emergência situado no Canadá foi de 12,4 horas, sendo a menor média identificada nos estudos revisados.

Aproximadamente 83% dos usuários decidiram procurar assistência no serviço de emergência do HCPA por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos. Esse achado é semelhante aos dados encontrados em estudos realizados em serviços de emergência localizados na Itália (BIANCO; PILEGGI; ANGELILLO, 2003), na França (GENTILE *et al*, 2010; LANG *et al*, 1996), na

Espanha (ANDRÉS *et al*, 2006), em Taiwan (TSAI; LIANG; PEARSON, 2010), em Israel (RASSIN *et al*, 2006), no Kwait (SHAH; SHAH; BEHBEHHANI, 1996) e no Brasil (STEIN *et al*, 2002). No entanto, outro estudo realizado na Espanha por Sempere-Selva *et al* (2001) verificou que 30,4% dos usuários não urgentes utilizaram o serviço de emergência por conta própria e 38,0% foram encaminhados pelo próprio hospital onde se localizava o serviço de emergência. Essa porcentagem ocorreu, segundo os autores, devido ao fato de ser rotina da instituição encaminhar os usuários que procuram o hospital sem agendamento prévio ao serviço de emergência. Somente Hwang e Chang (2010), que desenvolveram estudo com usuários não urgentes em um serviço de emergência na Coreia do Sul, identificaram que a maioria desses usuários havia sido encaminhada por profissionais da saúde de outros serviços de saúde. Constataram, também, que esses usuários, apesar de não apresentarem risco de morte, possuíam condições de saúde complexas e severas (HWANG; CHANG, 2010).

Conforme os resultados obtidos, aproximadamente 17% dos respondentes foram encaminhados formalmente ou informalmente (orientação verbal) ao serviço de emergência estudado por profissionais da saúde. Esse achado se assemelha aos dados de Carret, Fassa e Kawachi (2007) que verificaram que um quarto dos usuários de um serviço de emergência de Pelotas - RS foi encaminhado por profissional da saúde. Além disso, constataram que esses usuários eram 30% menos propensos a procurarem atendimento no serviço de emergência por demandas não urgentes. É imprescindível destacar a importância de ter acesso aos profissionais de saúde em outros níveis da atenção, pois há associação significativa entre encaminhamento realizado por profissional da saúde e uso do serviço de emergência por demandas urgentes (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007). Essa pequena porcentagem de encaminhamentos pode indicar dificuldade de acesso aos demais serviços de saúde. Por outro lado, pode indicar que os demais serviços que compõem a rede de atenção às urgências estão obtendo êxito ao atender de forma resolutiva os usuários acometidos por agravos agudos de menor gravidade, dispensando o encaminhamento desses usuários para serviços de emergência hospitalar.

Identificou-se que 63,5% dos participantes não possuíam ideia de diagnóstico médico que provavelmente receberiam. Para Passarín *et al* (2006) a não elaboração de um autodiagnóstico se relaciona aos sinais e sintomas os quais os usuários

associam à experiência prévia negativa ou ao desconhecimento dos mesmos. Os autores ressaltam que o autodiagnóstico consiste em uma forma do indivíduo compreender o que está acontecendo, controlar e conter a ansiedade sobre o estado de saúde, conseqüentemente, os usuários que não elaboram autodiagnóstico apresentam maior angústia sobre o problema de saúde (PASSARÍN *et al*, 2006). Dessa forma, é compreensível que os usuários não urgentes do Serviço de Emergência do HCPA atribuam-se piores estados de saúde e se sintam angustiados, fatores que podem contribuir para a construção da demanda dos usuários não urgentes que procuram atendimento. Destaca-se que os enfermeiros que atuam na atenção primária poderiam desenvolver ações de educação e promoção da saúde, auxiliando os usuários na compreensão de quadros de saúde potencialmente patológicos.

A percepção de que exames diagnósticos eram necessários estava presente em 65,5% dos participantes, entre os exames citados, destacaram-se os exames de imagem seguido dos exames de sangue. Cooke *et al* (2006) identificaram que os usuários não urgentes de um serviço de emergência canadense consideravam muito importante que o profissional que os atendesse solicitasse os exames que eles julgassem necessários. A percepção de que exames radiológicos eram necessários também foi identificada em pesquisas realizadas no Reino Unido, sendo que a disponibilidade dessa tecnologia foi considerada como um fator decisivo para a procura de atendimento no serviço de emergência (COLEMAN; IRONS, NICHOLL, 2001; LAND; MEREDITH, 2012).

Discordando dos achados identificados no presente estudo, Land e Meredith (2012) constataram que apenas 5% dos usuários de um serviço de emergência localizado no Reino Unido relataram que achavam necessária a realização de exames de sangue. Essa divergência pode se relacionar às divergentes formas de exercício da clínica médica pelos profissionais de saúde, assim como às diferenças de acesso entre as populações estudadas para a realização de exames diagnósticos em outros níveis de atenção. Haja vista que em um serviço de emergência localizado em Campinas – SP, os exames de sangue foram os mais solicitados, seguidos dos exames diagnósticos de imagem, Oliveira *et al* (2011) destacaram a importância dos serviços de saúde da atenção primária à saúde possuírem maior resolutividade para a demanda dos exames complementares.

Os processos de trabalho e a organização tecnológica dos serviços que compõem a rede de atenção às urgências, bem como as rotinas adotadas pela instituição e a estruturação do transporte público são fatores que contribuem para a utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes. Além disso, questões como automedicação e percepção da necessidade de realização de exames diagnósticos remetem a atividades de autocuidado exercidas pelos usuários não urgentes que buscam a obtenção de benefícios à saúde ou recuperação do bem-estar.

6.3 Fatores associados aos motivos dos usuários com demandas não urgentes para procurar atendimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

As motivações de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência dos usuários com demandas não urgentes foi o grupo mais citado pelos participantes. A preferência pelo atendimento em serviços de emergência, segundo Shah, Shah, Behbehani (1996), ocorre tanto nos usuários com demandas não urgentes quanto naqueles considerados urgentes. Apesar das divergências existentes entre os sistemas de saúde, a preferência por esses serviços também foi descrita em investigações realizadas em serviços de emergência localizados na Coréia do Sul (HWANG; CHANG, 2010), no Kwait (SHAH; SHAH; BEHBEHANI, 1996) e na Espanha (ANDRÉS *et al*, 2006; HERMIDA *et al*, 2011).

Os participantes que estavam trabalhando apresentaram 24,1% de aumento na prevalência dos motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes à preferência do usuário quando comparados com aqueles que não estavam trabalhando. A falta de flexibilidade de horário fruto do ritmo das atividades cotidianas constitui importante fator para utilização de serviços de emergência por usuários com demandas não urgentes (PASSARÍN *et al*, 2006). Considerando que os participantes desta pesquisa utilizaram o serviço de emergência em dias úteis e em horário comercial, pode-se constatar que os usuários utilizaram o serviço em períodos que coincidiam com seu horário de trabalho, dessa forma, a preferência

dos trabalhadores pelo serviço, provavelmente se relacionou à rapidez do atendimento.

Os usuários não urgentes que buscaram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA basearam-se em experiências pregressas para decidir qual serviço preferiam utilizar. Alguns elementos contribuem para a preferência dos usuários na procura de atendimento as suas necessidades em serviços de emergência, como experiência positiva no serviço de emergência (ABREU *et al*, 2012; MARQUES, LIMA, 2007), expectativa de segurança e confiança (ABREU *et al*, 2012), qualidade do serviço, localização geográfica e acolhimento prestado (MARQUES, LIMA, 2007).

Os usuários que realizaram cuidados caseiros antes de procurar atendimento no serviço de emergência apresentaram 1,4 vezes maior prevalência dos motivos referentes à preferência do usuário. Contudo, aqueles que preferiam o atendimento no serviço praticavam essa modalidade de autocuidado ao invés de procurar assistência em serviços de menor complexidade tecnológica. Esses dados indicam que os serviços da atenção primária não têm sido referência de atendimento para esses usuários com agravos não urgentes que procuraram no Serviço de Emergência do HCPA por motivos referentes à preferência.

Os respondentes que procuraram atendimento no serviço de emergência por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos apresentaram 2,2 vezes maior prevalência dos motivos referentes à preferência do usuário. Destaca-se a importância que exercem os conhecidos e familiares na tomada de decisão sobre qual serviço deve ser utilizado. De acordo com Koziol-Maclain *et al* (2000), os usuários antes de procurar atendimento em serviços de emergência buscam conselhos de amigos e familiares, os quais sugerem a utilização do serviço de emergência frente ao problema de saúde. Segundo Oliveira; Mattos e Souza (2009), os usuários refletem diariamente sobre suas experiências nos serviços de saúde, realizando uma avaliação dos serviços nos quais já foram atendidos. Para a construção desse julgamento os usuários consideram as vivências referidas por outras pessoas nos serviços de saúde. É a partir dessa avaliação feita cotidianamente que os conceitos sobre os diversos serviços da rede assistencial se configuram, dessa forma, quando necessita de assistência, o usuário as leva em consideração para fazer suas escolhas.

Procurar atendimento no serviço de emergência por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos pode se relacionar com a confiança depositada no serviço. Na Espanha, mais da metade dos usuários que utilizaram um serviço de emergência por conta própria atribuíram maior confiança a este serviço (ANDRÉS *et al*, 2006). A falta de confiança e a não satisfação com os serviços da atenção primária (SARVER; CIDULKA; BAKER, 2002), inclusive entre aqueles que possuíam vínculo com esses serviços (AFILALO *et al*, 2004) foram motivos de utilização de serviços de emergência referidos por usuários em outras pesquisas.

A confiança no serviço de emergência alicerça-se na percepção de que a assistência e os profissionais que atuam nesses serviços são mais qualificados (THAW *et al*, 2011; SELASAWATI *et al*, 2007). Apesar disso, os usuários identificam aspectos negativos aos serviços de emergência, como alto tempo de espera, tratamento impessoal e falta de informações fornecidas aos usuários sobre o seu estado de saúde, todavia, essas características foram consideradas como inevitáveis e justificadas (PASSARÍN *et al*, 2006). O grau de confiança em um serviço de saúde é vinculado aos recursos tecnológicos e à capacidade técnico-científica de seus profissionais. Dessa forma, os usuários têm delegado maior confiança aos serviços de emergência do que aos serviços da atenção primária à saúde, que são referidos pelos usuários pela limitação de recursos humanos e materiais (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Diante da não satisfação e menor confiança na atenção primária à saúde é esperado que os usuários evitem sua utilização e elaborem estratégias para resolver problemas de saúde de menor gravidade, como realização de autocuidados e utilização de serviços de emergência. Na Coreia do Sul, os usuários não urgentes eram relutantes em procurar atendimento nos serviços da atenção primária à saúde (HWANG; CHANG, 2010). Na Turquia, Kalemoglu *et al* (2004) constataram que 40% dos usuários não urgentes que buscaram assistência em um serviço de emergência nunca haviam cogitado a possibilidade de procurar atendimento na atenção primária à saúde. Além disso, pesquisas desenvolvidas em serviços de emergência verificaram que os usuários utilizavam este serviço sempre que precisavam, independentemente da gravidade do caso (HERMIDA *et al*, 2011; KALEMOGLU *et al*, 2004).

Os motivos de utilização do serviço de emergência referentes à disponibilidade de tecnologias foi o segundo grupo de motivações mais citado pelos

participantes. Foram identificadas associações estatísticas entre os motivos desse grupo de motivações e estar trabalhando, sendo que esses usuários apresentaram 37,4% maior prevalência dos motivos referentes à disponibilidade de tecnologias do que aqueles que não estavam trabalhando.

Esses achados podem ser atribuídos à resolutividade do serviço, uma vez que os usuários realizam exames logo após a consulta médica, sem precisar retornar ao domicílio e aguardar data para realização de exames e reconsulta médica. Ao utilizar o serviço de emergência, os usuários são atendidos, realizam exames e são reavaliados, sendo que todo esse processo ocorre em uma única visita, o que torna o atendimento mais conveniente para os trabalhadores, pois evitam saídas no horário de trabalho.

Estudo realizado com idosos que utilizaram o Serviço de Emergência do HCPA verificou que um dos motivos referidos foi a resolutividade atribuída ao serviço, uma vez que os serviços de saúde de menor complexidade tecnológica não contemplaram as suas necessidades de saúde (GONÇALVES, 2011).

No município de Juiz de Fora em Minas Gerais, os usuários reconheciam que o serviço de emergência hospitalar e a unidade de pronto atendimento eram serviços superlotados e tumultuados, no entanto, essas características não significavam diminuição da qualidade do cuidado ou impedimento de atendimento para as demandas de menor gravidade, esse cenário era visto como um reflexo da resolutividade dos serviços de emergência (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Entretanto, segundo Maciak, Sandri e Spier (2009), que realizaram pesquisa em um serviço de emergência hospitalar localizado no estado do Paraná, os usuários estavam descontentes com o atendimento oferecido em um pronto atendimento 24 horas, pois a resolutividade desse serviço foi considerada limitada e o atendimento insuficiente. Assim, os usuários precisavam retornar várias vezes ao serviço sem resolver o problema de saúde, uma vez que o sintoma era tratado sem que houvesse um diagnóstico ou tratamento definitivo.

Os resultados indicam que os usuários que procuraram o serviço de emergência por motivos referentes à disponibilidade de tecnologias são aqueles que já utilizaram outros serviços de saúde de menor complexidade tecnológica e aguardaram mais de um mês para realização de testes diagnósticos. Os respondentes que aguardaram de 31 a 120 dias para realizar exames solicitados no serviço de saúde de referência apresentaram 2 vezes maior prevalência desses

motivos de utilização. Possuir o hábito de consultar em outros serviços de saúde antes de procurar atendimento no serviço de emergência devido à disponibilidade de tecnologias apresentou tendência para ocorrer associação estatística. Infere-se que os usuários não urgentes que utilizaram o serviço de emergência devido às tecnologias disponíveis nesse serviço conhecem qual serviço de saúde possui capacidade para atender a necessidade percebida de realização de testes diagnósticos de forma mais ágil e rápida, principalmente no que se refere aos exames de imagem, pois esses usuários apresentaram 28,5% maior prevalência deste grupo de motivações para utilizar o serviço de emergência.

A utilização dos serviços de emergência para usufruir das potencialidades diagnósticas oferecidas foi descrita em outros estudos (LEGA; MENGONI, 2008; PUCCINI; CORNETTA, 2008; SIMINSKI *et al*, 2008). Pesquisas apontam que a maioria dos usuários não urgentes realizou exames diagnósticos no serviço de emergência (GÓMEZ-JIMÉNEZ *et al*, 2006; HWANG; CHANG, 2010). Dessa forma, é esperado que os usuários não urgentes busquem esse serviço quando identificarem a necessidade de realizar exames. Além disso, Segundo Oliveira, Mattos e Souza (2009) a pouca disponibilidade de recursos tecnológicos ofertados na atenção primária, assim como a percepção do usuário sobre a importância desses recursos para o seu tratamento, faz com que os usuários percebam o atendimento disponível no nível primário como limitado para resolver os problemas demandados. Dessa forma, deve-se investir na melhora da resolubilidade da atenção primária à saúde.

Os usuários não urgentes que utilizaram o Serviço de Emergência do HCPA que possuíam lesões de pele e abscessos apresentaram 64% maior prevalência do grupo de motivações referente à disponibilidade de tecnologia do que aqueles que não possuíam este problema de saúde. Provavelmente esse achado ocorreu porque o serviço oferece atendimento às urgências e emergências cirúrgicas durante as 24 horas do dia, enquanto outros serviços da região não oferecem esse tipo de atendimento. No caso dos usuários não urgentes, a demanda cirúrgica foi representada pela necessidade de drenagem de abscessos. Estudos têm identificado que os usuários que utilizaram serviços de emergência referiram como motivo de utilização a oferta de recursos que possibilitavam a avaliação clínica do estado de saúde, procedimentos médicos, além de proporcionar investigações diagnósticas com tecnologias mais sofisticadas no momento do atendimento

(GOMIDE *et al*, 2012; LAND; MEREDITH, 2012; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; PASSARÍN *et al*, 2006).

Constatou-se que a cada aumento de uma hora no tempo de início dos sintomas ocorria aumento de 30,8% da prevalência dos motivos de utilização referentes à disponibilidade de tecnologias. A persistência de sinais e sintomas são geradores de angústia e estimula a percepção de necessidade de aparatos tecnológicos para atendimento do problema de saúde. Esses usuários podem estar buscando alívio de sintomas que não puderam ser manejadas por conta própria, tendo em vista que 44,2% dos usuários haviam se automedicado antes de procurar atendimento.

Segundo Koziol-McLain *et al* (2000) muitos usuários não urgentes tentaram suportar o problema de saúde o máximo de tempo que conseguiram antes de procurar atendimento no serviço de emergência, ainda que essa decisão lhes trouxesse sofrimentos. Todavia, quando os sinais e sintomas pioraram, não sendo mais possíveis de serem suportados, esses usuários decidiram procurar atendimento.

Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011) estabelece que as situações de urgência de baixa complexidade, como ocorrem com alguns usuários crônicos agudizados, devem ser acolhidas e atendidas na atenção primária à saúde. No entanto, a estruturação dos serviços de saúde da atenção primária à saúde, para assistência desses casos, ainda é incipiente e considerando as tipologias dos problemas de saúde referidos pelos usuários, essas unidades poderiam enfrentar dificuldades para prestar atendimento e, provavelmente os encaminhariam para Unidades de Pronto Atendimento.

Os motivos de utilização do serviço de emergência referentes ao HCPA foram citados por um terço dos usuários que participaram deste estudo. Os respondentes que possuíam lesões de pele e abscessos apresentaram menor prevalência desse grupo de motivações em 46,5%, indicando que seus motivos para utilizar o serviço se relacionam a outros fatores, como aos motivos referentes à disponibilidade de tecnologias, descritos anteriormente.

Constatou-se que os usuários que referiram os motivos de utilização do serviço de emergência referentes ao HCPA: não possuíam o hábito de consultar em serviços de emergência, possuíam vínculo com profissional de saúde, estavam em acompanhamento no Ambulatório do HCPA, eram portadores de 2 ou mais

morbidades e procuraram o serviço por meio de encaminhamento de profissional da saúde. Esses achados indicam que os usuários que referiram os motivos de utilização relativos ao HCPA apresentaram condições de saúde mais complexas, o que poderia justificar o vínculo com um serviço de atenção de nível secundário, considerando que os participantes que estavam em acompanhamento no Ambulatório do HCPA apresentaram 2,09 vezes maior prevalência desses motivos de utilização.

Os motivos dos usuários para utilizar o serviço de emergência revelam que existe uma importante demanda de usuários não urgentes que é gerada pela própria instituição. Ressalta-se que muitos participantes foram encaminhados do Ambulatório do HCPA, além disso, durante as consultas realizadas no ambulatório os usuários são orientados a procurar o serviço de emergência, caso qualquer alteração do estado de saúde aconteça. Dessa forma, a utilização dos demais serviços de saúde da rede de atenção não é incentivada, ao contrário do vínculo com o HCPA, que é reforçado pelos profissionais de saúde.

De forma semelhante, estudo realizado com idosos que utilizaram o Serviço de Emergência do HCPA verificou que o motivo mais referido para utilizar o serviço foi o vínculo. Esses usuários relataram buscar atendimento devido aos seus problemas de saúde e/ou por realizarem tratamento no Ambulatório do HCPA. Os usuários em acompanhamento ambulatorial podem entender que o seu serviço de saúde de referência é a emergência, até mesmo porque este pensamento é incentivado pelo próprio hospital, que atua isoladamente, sem interagir com a rede de serviços. Aponta-se a dificuldade do trabalho em rede, devido aos obstáculos identificados para encaminhar esses usuários aos serviços da rede de atenção à saúde: sistema de referência e contrarreferência limitado e deficitário, os usuários por vezes não desejam se desvincular do HCPA e, há de se considerar também, o paternalismo produzido pela própria instituição (GONÇALVES, 2011).

Evidencia-se, assim, a necessidade do trabalho em rede, pois os usuários não urgentes atuam como fator complicador no cenário de superlotação do serviço de emergência, e quando procuram atendimento em outro serviço de saúde antes de utilizar o serviço de emergência, é imprescindível que sejam acolhidos, avaliados e encaminhados ao serviço de saúde de referência de acordo com a complexidade da queixa e não encaminhados ao serviço de emergência do hospital onde realizam acompanhamento ambulatorial.

Os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes às dificuldades de acesso aos demais serviços da rede de atenção foram referidos por 31,6% dos usuários não urgentes, sendo que não possuir problemas em extremidades foi a única variável independente que apresentou associação estatística com esse grupo de motivações. Não foi identificado na literatura registro de associação ou explanação sobre os problemas em extremidades e acesso aos serviços de saúde. Acredita-se que outras variáveis, as quais não foram incluídas na coleta de dados do presente estudo, provavelmente apresentem associação estatística com os motivos de utilização do serviço de emergência referentes ao acesso. No entanto, novos modelos de análise devem ser elaborados para testar essa hipótese. Outro elemento que pode ter contribuído para a não identificação dos fatores associados aos motivos de utilização referentes ao acesso se relaciona à possibilidade da amostra estudada ter apresentado características homogêneas no que tange ao acesso aos serviços de saúde.

As barreiras de acesso impostas aos usuários do sistema de saúde também foram descritas por Sempere-Selva *et al* (2001), na Espanha, e por Oliveira, Mattos e Souza (2009), no Brasil, como motivos dos usuários para utilizar serviços de emergência. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde evidenciam a necessidade de ampliar as discussões sobre a organização das unidades locais de saúde e unidades de pronto atendimento para o atendimento aos usuários (LAGO *et al*, 2010), uma vez que é o sistema de saúde que deve se adequar às necessidades do usuário e não o contrário (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Para Oliveira, Mattos e Souza (2009) o usuário deseja acesso livre aos serviços de saúde para poder escolher onde procurar atendimento, independente da gravidade de sua demanda, seja em unidades básicas de saúde de qualquer território de abrangência, em unidades de pronto atendimento ou em serviços hospitalares de emergência. Apesar dos usuários terem ciência de que a unidade de saúde de referência do bairro onde residem deve ser a porta de entrada no sistema de saúde, muitas vezes essa definição é rejeitada, sendo utilizados outros parâmetros mais significativos para eles.

Destaca-se que a variável status ocupacional não apresentou associação significativa com os motivos de utilização do serviço de emergência referentes ao acesso, indicando que os usuários não urgentes que trabalhavam acessavam outros serviços de saúde, no entanto, primeiramente eles tentavam resolver seu problema

de saúde por meio de cuidados caseiros e, diante da persistência dos sinais e sintomas, decidiam utilizar o serviço de emergência por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos devido à preferência de ser atendido nesse local. Para Oliveira, Mattos e Souza (2009) a procura espontânea pelos serviços de emergência, além de representar um reflexo da preferência por esses serviços, é um exercício dos usuários em busca de cidadania, uma vez que procuram o direito de decidir em qual serviço de saúde desejam ser atendidos.

Evidenciou-se que 16,3% dos participantes que relataram os motivos de utilização referentes ao acesso citaram dificuldades de agendamento de consultas em outros serviços de saúde. Apesar disso, a maioria dos usuários havia conseguido consulta para o mesmo dia da solicitação na última vez que utilizaram o serviço de saúde de referência. Dessa forma, considera-se que as dificuldades de agendamento de consultas podem ocorrer em decorrência do sistema de agendamento adotado nos serviços de menor complexidade tecnológica, como a distribuição de fichas diárias de atendimento no início da manhã.

Outros agravantes para o agendamento de consultas nos serviços de saúde da atenção primária dizem respeito ao não atendimento sem agendamento prévio (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007) e a falta de profissionais (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; PUCCINI; CORNETTA, 2008; SOUZA; FELIPPE; SILVA 2009). Para Oliveira, Mattos e Souza (2009) um dos atrativos dos serviços de emergência é a não existência de limitação no número de vagas para consultas médicas (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). A forma de agendamento de consultas exerce influência sobre a utilização do serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes. Hudec, MacDougall e Rankin (2010) verificaram que após reorganização da forma de agendamento de consultas em serviços da atenção primária do Canadá, houve diminuição de 28% da demanda de usuários não urgentes no serviço de emergência. A mudança consistiu em reduzir a quantidade de consultas previamente agendadas para 35% do total, enquanto o restante das consultas passou a ser ofertado para a demanda espontânea do dia (HUDEC; MACDOUGALL; RANKIN, 2010).

O motivo referente à percepção de urgência foi o menos citado pelos usuários não urgentes. Os participantes que relataram temor exacerbado sobre a gravidade dos sintomas e que pertenciam aos níveis econômicos D e E, bem como aqueles que aguardaram de 31 a 120 dias para realizar os exames solicitados no serviço de

saúde de referência apresentaram maior razão de prevalência de percepção de urgência. Esses achados indicam que os usuários menos favorecidos financeiramente tendem a atribuir maior urgência ao seu estado de saúde, conforme já descrito por Giglio-Jacquemot (2005). Nesse sentido, considera-se que a partir da percepção de que o problema é urgente, aguardar de 31 a 120 dias para realizar exames não é uma alternativa viável, levando em consideração as restrições que a condição percebida como urgente pode acarretar no cotidiano dessas pessoas.

Para Selasawati *et al* (2007) é aceitável que os usuários procurem atendimento por achar que o problema é urgente, tendo em vista que não são habilitados para identificar sinais e sintomas de gravidade (SELASAWATI *et al*, 2007). Além disso, é difícil educar a população para utilizar os serviços de emergência somente em casos de maior gravidade, quando são poucos os recursos ofertados para resolução de situações agudas que ocorrem no cotidiano (ABREU *et al*, 2012). Nesse sentido, concordamos com Andrés *et al* (2006), ao afirmar que os serviços de emergência não foram planejados para responder ao padrão de consumo dos usuários não urgentes, assim, são necessárias adaptações da rede para oferecer atendimento às necessidades expressas pelos usuários não urgentes.

Os motivos para utilizar o serviço de emergência refletiram as necessidades de saúde e anseios dos usuários, que devem ser levados em consideração na organização da rede de atenção. Verificou-se que os usuários desejam ser atendidos em local de sua preferência, que correspondem aos serviços que disponibilizam tecnologias diagnósticas com rapidez, sem levar em consideração a hierarquização e regionalização do sistema de saúde. Os usuários utilizam o serviço de emergência ainda que tenham acesso aos demais serviços da rede e não atribuam caráter de urgência ao seu problema de saúde.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu descrever o perfil dos usuários não urgentes e caracterizar a utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes. Além disso, foi possível identificar os motivos referidos pelos usuários para utilizar o serviço de emergência e os fatores a eles relacionados.

A maioria dos usuários não urgentes que participaram desta pesquisa era do sexo feminino, a média de idade foi de 36,7 anos e a média de anos de estudo foi igual a 8,6. Destacou-se que muitos participantes eram casados ou viviam maritalmente, procediam do município de Porto Alegre e região metropolitana, pertenciam ao nível econômico C e utilizaram transportes públicos como meio de locomoção para chegar até o Serviço de Emergência.

Identificou-se que houve maior procura de assistência no turno da manhã e durante os dias úteis da semana. Esse horário coincide com o funcionamento dos serviços da atenção primária à saúde, no entanto, os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA por usuários não urgentes referentes ao acesso não foram os mais citados.

Observou-se que os participantes se deslocaram de uma determinada região geográfica, a qual foi composta pelos municípios de Viamão, Alvorada e pelas gerências distritais de saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, Centro e Norte/Eixo Baltazar para procurar atendimento no serviço estudado, apesar disso, pertencer a essa região não se associou com nenhum grupo de motivações.

Os problemas de saúde relatados com maior frequência pelos usuários não urgentes foram: dor abdominal, náuseas e/ou vômitos e mal estar em geral. A maioria dos participantes foi classificada como pouco urgente (verde) pelas enfermeiras que realizaram a classificação de risco de acordo com o protocolo de Manchester. As urgências de menor complexidade deveriam ser acolhidas na atenção primária à saúde, contudo, considerando as tipologias dos problemas de saúde referidos pelos usuários, a estruturação dessas unidades para assistência desses casos ainda é incipiente.

No que se refere à ausência de informações das variáveis referentes à classificação de risco, que foram coletadas nas evoluções das enfermeiras no

Aplicativo de Gestão Hospitalar, constatou-se a necessidade de aprimorar o registro dessas informações.

Apesar de poucos usuários não urgentes terem referido que utilizaram o Serviço de Emergência do HCPA porque acreditavam que estavam com um agravo urgente, quase metade da amostra considerou o seu estado de saúde como ruim, assim como, aproximadamente metade dos participantes referiu possuir doenças crônicas, com destaque para aquelas que acometem o aparelho circulatório.

Evidenciou-se que muitos usuários possuíam serviço de saúde de referência que ofereciam atendimento somente em horário comercial e apenas um terço da amostra referiu vínculo com unidades de atenção primária à saúde, enquanto que mais de 40% nunca consultaram no serviço de saúde de referência ou tinham consultado há mais de um ano.

Aguardar pelo menos 24 horas do início dos sintomas para procurar atendimento no Serviço de Emergência do HCPA foi uma característica identificada nos participantes, assim como decidir utilizar o serviço por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos. A maioria dos usuários não urgentes não imaginava um diagnóstico médico diante dos sinais e sintomas percebidos, apesar disso, consideravam que exames diagnósticos se faziam necessários.

Os motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA revelaram que os usuários não urgentes, na sua maioria, preferiram ser atendidos nesse serviço. A preferência dos usuários foi elaborada a partir de experiências prévias positivas de usuários ou familiares atendidos no serviço, assim como se relacionaram com maior confiança no Serviço de Emergência do HCPA do que em outros serviços de saúde. A preferência pelo serviço se associou estatisticamente com estar trabalhando, realizar cuidados caseiros antes de ir ao serviço de emergência e utilizar o serviço por conta própria ou por sugestão de familiares e/ou conhecidos.

A disponibilidade de tecnologias foi o segundo grupo de motivações mais relatado pelos usuários não urgentes do Serviço de Emergência do HCPA. Esses usuários utilizaram o serviço porque apresentava melhores condições de resolver o problema de saúde e possibilitava a realização rápida de exames diagnósticos, medicações e procedimentos. Com isso, os usuários consideravam o serviço de emergência mais resolutivo do que os demais serviços de saúde disponíveis em outros níveis de atenção. Associaram-se aos motivos relativos ao aparato tecnológico disponível no Serviço de Emergência do HCPA: estar trabalhando,

possuir lesões de pele e abscessos, aguardar de 31 a 120 dias pra realizar exames solicitados em serviços de saúde de menor complexidade tecnológica, acreditar que exames de imagem eram necessários e apresentar maior tempo de início dos sintomas.

Existe uma parcela de usuários não urgentes que utilizou o serviço de emergência por motivos referentes ao HCPA. Os usuários em tratamento no ambulatório do HCPA que foram encaminhados ou receberam orientação de retornar ao serviço de emergência desse hospital caso ocorresse qualquer problema; aqueles que foram encaminhados ou orientados verbalmente por profissional da saúde a buscar assistência especificamente no Serviço de Emergência do HCPA e funcionários da instituição compuseram esse grupo, sendo que aqueles que possuíam vínculo com o ambulatório constituíram a maioria. Não possuir lesões de pele e abscessos, possuir duas ou mais morbidades crônicas, não possuir hábito de consultar em serviços de emergência, realizar acompanhamento no Ambulatório do HCPA, possuir vínculo e procurar atendimento por encaminhamento de profissional da saúde foram fatores associados aos motivos de utilização referentes ao HCPA. Esses dados permitiram constatar características do hospital que contribuem para a utilização do serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes.

Evidenciaram-se motivos de utilização do Serviço de Emergência do HCPA referentes ao acesso, os quais são frequentemente abordados na literatura, mas não foram os motivos mais expressivos referidos pelos usuários não urgentes. Essas motivações foram apresentadas por meio da dificuldade de agendamento de consultas em outros serviços de saúde, maior rapidez do atendimento no serviço de emergência, facilidade para consultar com médico, superlotação de outros serviços de emergência, para obter internações e longos períodos de espera para consulta com especialista na atenção primária.

O motivo referente à percepção de urgência foi o menos referido pelos usuários, associaram-se a esse motivo aguardar de 31 a 120 dias para realizar exames solicitados no serviço de saúde de referência e pertencer aos níveis econômicos menos favorecidos.

É importante considerar que a resolutividade para o usuário se relacionou à assistência de alta densidade tecnológica, centrada em serviços hospitalares e baseada em procedimentos curativos e imediatos. Com isso, evidenciou-se que o acesso a diferentes tecnologias em saúde permeia a decisão sobre qual serviço será

eleito para uso. Esses achados são reflexos da valorização que profissionais da saúde atribuem às tecnologias diagnósticas, sendo que esta concepção biomédica é transmitida aos usuários nos atendimentos de saúde. Enquanto não ocorrer a mudança dessa concepção, pode-se inferir que dificilmente esses usuários irão buscar espontaneamente a atenção primária para resolução de seus problemas de saúde, assim como estratégias para encaminhá-los para atendimento nesses serviços poderiam falhar na tentativa de responder às necessidades dos usuários. Até mesmo porque as características de oferta de atendimento da atenção primária e dos serviços de emergência são divergentes, assim como as finalidades de cada serviço.

Entretanto, a assistência somente em nível de atenção em urgência não é apropriada, principalmente em situações pontuais, centradas na doença e sem proporcionar continuidade da assistência. Considera-se que o usuário deve ter as suas necessidades de saúde atendidas, ainda que sejam expressas por meio da utilização dos serviços de maior complexidade tecnológica por problemas de saúde não urgentes. Porém, o usuário deve utilizar os demais serviços de saúde disponíveis na rede, uma vez que se beneficiariam dessa assistência, tendo em vista que muitos usuários apresentaram morbidades crônicas que requerem tratamento continuado.

Estratégias para o atendimento dos usuários não urgentes precisam ser elaboradas. Sugere-se a expansão dos serviços ambulatoriais de nível primário e secundário, assim como disponibilização de tecnologias diagnósticas de forma rápida. Além disso, o sistema de agendamento dessas unidades deve ser adequado às características de demanda da população para a qual presta atendimento.

É importante considerar que ocorreu grande procura por atendimento de usuários não urgentes menores de 18 anos no período da coleta de dados. Dessa forma, estudos que foquem nesse grupo etário são necessários para melhor compreensão desse fenômeno, tendo em vista que os fatores associados à utilização do serviço de emergência do HCPA podem divergir conforme a idade.

Os estudos da utilização dos serviços de saúde, especialmente dos serviços que atendem aos agravos urgentes, são imprescindíveis para o planejamento de políticas de saúde e para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem melhorias no funcionamento dos serviços. Como desdobramento desta investigação, sugere-se a realização de estudos que aprofundem a compreensão da utilização do

serviço de emergência por usuários de menor gravidade no município de Porto Alegre. Investigações com abordagem qualitativa podem ser úteis, levando em consideração a diversidade existente de motivações para utilizar o serviço de emergência. Sugere-se, também, a realização de estudos quantitativos cujo desenho metodológico contribua para o entendimento do problema por meio do estabelecimento de fatores causais.

O quantitativo de atendimentos realizados no Serviço de Emergência do HCPA aos usuários não urgentes poderia ser minimizado com a expansão da oferta de atendimento nas unidades da atenção primária à saúde e dos serviços de média complexidade tecnológica. Entretanto, somente a oferta de serviços não seria suficiente, é preciso que haja uma rede de atenção à saúde bem organizada, com fluxos estruturados entre os serviços de saúde. Com isto, a transição do cuidado ocorreria de forma que as necessidades de saúde dos usuários fossem atendidas.

Dessa forma, levando em consideração que a equipe de enfermagem é responsável pela identificação e atendimento dos usuários com demandas não urgentes, faz-se necessário que as enfermeiras que atuam na classificação de risco estejam aptas a desenvolver atividades articuladas entre os serviços de saúde a partir dos problemas de saúde relatados pelos usuários e criar estratégias para atendimento das necessidades de saúde identificadas. É relevante destacar a baixa prevalência de usuários não urgentes que referiu possuir vínculo com a enfermeira da atenção primária à saúde apesar de mais da metade da amostra possuir morbidade crônica. Com isto, pode-se afirmar que estas enfermeiras precisam se aproximar dos usuários, a partir dessa atitude produziriam cuidados contínuos e, conseqüentemente, ações mais resolutivas.

REFERÊNCIAS

- ABREU; K.P; PELEGRINI, A.H.W.; MARQUES, G.Q. *et al.* Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, 2012.
- ABREU, K.P. **Situações de urgência: visão dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio Grande do Sul: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- AFILALO, J.; MARINOVICH, A.; AFILALO, M. *et al.* Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. **Academic Emergency Medicine**, v.11, n.12, p.1302-10, 2004.
- ALMEIDA, P.J.S.; PIRES, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.3, p.617-29, 2007.
- ANDRÉS, J.M.A.; NOGUERAS, R.M.; CASTRO, A.T.G. *et al.* ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.20, n.4, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica do Brasil**, 2012. Disponível em <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>, acesso em 12/09/2012.
- AUTOMEDICAÇÃO. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.4, 2001.
- BACKMAN, A.; BLOMQVIST, P.; LAGERLUND, M. *et al.* Characteristics of non-urgent patients. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 26, p.181-87, 2008.
- BACKMAN, A.; BLOMQVIST, P.; SVENSSON T. *et al.* Health care utilization following a non-urgent visit in emergency department and primary care. **Internal and Emergency Medicine**, v. 5, p.539-46, 2010.
- BARRIER, G. Les appels d'urgence au SAMU. **Comptes rendus de l'Académie des sciences. Série III, Sciences de la vie**, v.324, n.7, p.663-666, 2001.
- BÉLAND, F.; LEMAY, A.; BOUCHER, M. Patterns of visits to hospital-based emergency rooms. **Social Science & Medicine**, v.47, n.2, p.165-179, 1998.
- BIANCO, A.; PILEGGI, C.; ANGELILLO, I.F. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. **Public Health**, v.117, p.250-5, 2003.
- BOUSHY, D.; DUBISNKY, I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. **The Journal of Emergency Medicine**, v.17,n.3, p.405-412, 1999.

BULLARD, M.J.; VILLA-ROEL C.; BOND, K *et al.* Tracking Emergency Department Overcrowding in a Tertiary Care Academic Institution. **Healthcare Quarterly**, v.12, n.3, p.99-106, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicação**, Porto Alegre: Artmed, 2003.

CARRET, M.L.V. **Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, 2007, 231 f.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.C.G.; DOMINGUES, M.R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, Jan. 2009.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BioMed Central Health Services Research**, v.7, n.131, 2007.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; PANIZ, V.M.V. *et al.* Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. supl 1, p.1069-79, 2011.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001, p.113-126.

CHMIEL, C.; HUBER, C.A.; ROSEMANN, T. *et al.* Walk-ins seeking treatment at an emergency department or general practitioner out-of-hours service: a cross-sectional comparison. **BioMed Central Health Services Research**, v.11, n.94, 2011.

COLEMAN, P.; IRONS, R.; NICHOLL, J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? **Emergency Medicine Journal**, v.18, p.482–487, 2001.

COOKE, T.; WATT, D.; WERTZLER, W. *et al.* Patient expectations of emergency department care: phase II--a cross-sectional survey. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v.8, n.3, p.148-57, 2006.

DAVIS, J.W.; BURNS, J.A.; FUJIMOTO, R.Y. *et al.* Identifying characteristics of patients with low urgency emergency department visits in managed care setting. **Managed Care**, p.38-44, 2010.

DURAND, A.C.; GENTILE, S.; DEVICTOR, B. *et al.* ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. **The American Journal of Emergency Medicine**, v.29,n.3, p.333-45, 2010.

DURAND, A.C.; GENTILE, S., GERBEAUX. P. *et al.* Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. **BioMed Central Emergency Medicine**, v.11, n.19, 2011.

FURTADO, B. M. A. S.; ARAÚJO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. O Perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise sobre os possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 279-289, set. 2004.

GANSEL, Y.; DANET, F.; RAUSCHER, C. Long-stay inpatients in short-term emergency units in France: A case study. **Social Science & Medicine**, v.70, p. 501-8, 2010.

GARLET, E.R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. 96 f.

GENTILE, S.; VIGNALLY, P.; DURAND, A. *et al.* Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. **BioMed Health Services Research**, v.10, n.66, 2010.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 139 p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOLDIM, J.R. **Aspectos Éticos da Assistência em Situações de Emergência e Urgência**, 2003. Disponível em < <http://www.bioetica.ufrgs.br/emergen.htm> > Acesso em 14 de set. 2012.

GÓMEZ-JIMÉNEZ, J.; BECERRA, O.; BONEU, F. *et al.* Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. **Gaceta Sanitária**, v.20, n.1, p.40-6, 2006.

GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; GOMIDE, D.M.P. *et al.* Perfil dos usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.45, n.1, p.31-8, 2012.

GONÇALVES, A.V.F. **Avaliação do acolhimento à pessoa idosa no serviço de emergência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

GUTIERREZ, J.; LIMA, N. Socorro a quem precisa: Minas avança no atendimento de urgência e emergência. **Minas Saúde**, n.1, p.85-88, 2008. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/comunicacao-e-educacao-em-saude/revista-minas-saude-1/revista%20minas%20saude_n%201.pdf> Acesso em 28 de set. 2012.

HERMIDA, S.R.; GRÁVALOS, G.J.D.; CASTIÑEIRAS, A.R. *et al.* Forma de acceso a los Servicios de Urgencia hospitalarios y pertinencia de la consulta. **Revista Clínica de Medicina de Familia**, v.4, n.3, p.205-210, 2011.

HOOT, N.R.; ARONKY, D. Systematic Review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. **Annals of Emergency Medicine**, v.52, n.2, p.126-136.e1, 2008.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Balço Social**, 2008. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/12/96/> Acesso em 21 de dez de 2011.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Indicadores Anuais do ano de 2010 e 2011. Porto Alegre, 2012a. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/441/661/>> Acessado em: 17 Out 2012.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de Emergência. Porto Alegre, 2012b. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/453/684/>> Acessado em: 03 Março 2012.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de Enfermagem em Emergência. Porto Alegre, 2012c. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/441/661/>> Acessado em 14 de Fev de 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de Ambulatório. Porto Alegre, 2012d. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/20/412/>> Acessado em 20 Jan 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Informações Gerenciais do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2011.

HOWARD, M.; GOERTZEN, J. Emergency department and walk-in clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario. **Healthcare Police**, v.4, n.1, p.73-88, 2008.

HUDEK, J.C.; MACDOUGALL, S.; RANKIN, E. Advanced access appointments: effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. **Canadian Family Physician**, v.56, p.e361-7, 2010.

HWANG, J.; CHANG, H. Understanding non-emergency patients admitted to hospitals through the emergency department for efficient ED functions. **Journal of Emergency Nursing**, v. 36, n.3, p.196-202, 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: um panorama da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

JACOBS; P.C.; MATOS, E.P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.51, n.6, p.348-53, 2005.

JÚNIOR, W.C.; MAFRA, A.A. Prefácio. In: MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. p.11-12.

KALEMOGLU, M.; KESKIN, O.; DEMIRBAS, S. *et al.* Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Revista Médica de Chile**, v.132, n.9, p.1085-89, 2004.

KOZIOL-MCLAIN, J.; PRICE, D.W.; WEISS, B. *et al.* Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. **Journal of Emergency Nursing**, v.26, n.6, p.554-63, 2000.

LAGO, L.M.; MARTINS, J.J.; SCHNEIDER, D.G. *et al.* Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. **Ciencia & Saúde Coletiva**, n.15, supl.1, p.1283-91, 2010.

LAND, L.; MEREDITH, N. An evaluation of the reasons why patients attended a hospital Emergency Department. **International Emergency Nursing**, 2012.

LANG, T.; DAVIDO, A.; DIAKITÉ, B. *et al.* Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? **Journal of Epidemiology and Community Health**, n.50, p.456-462, 1996.

LEE, A.; LAU, F.; HAZLETT, C.B. *et al.* Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case control study in Hong Kong. **Social Science & Medicine**, n.51, p.1075-85, 2000.

LEGA, F.; MENGONI, A. Why non-urgent patients choose over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. **Health Policy**, v.88, p.326-338, 2008.

LOKE, S.; LIAW, S.; TIONG, L.K. *et al.* Evaluation of Nurse-Physician Inter-Observer Agreement on Triage Categorization in the Emergency Department of a Taiwan Medical Center. **Chang Gung Medical Journal**, v.25, p.446-52, 2002.

LUDWIG, M.L.M.; BONILHA, A.L.L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.56, n.1, p.71-75, 2003.

MACIAK, I.; SANDRI, J.V.A.; SPIER, F.D. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.1, p.127-135, 2009.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MARQUES, G.Q. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010, 190 f.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto-atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, p.13-19, 2007.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p:41-7, 2008

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-, 2305, 2010.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 819-32, 2001.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.

MÜLLER, U.; WINTERHALDER, R.; BUSINGER, A. *et al.* Why do walk-in patients prefer a busy urban emergency department during office hours? **Swiss Medical Weekly**, v.142, n.w13565, 2012.

OKTAY; C.; CETE, Y.; ERAY, O. *et al.* Appropriateness of Emergency Department Visits in a Turkish university Hospital. **Croatian Medical Journal**, v.44, n.5, p.585-591, 2003.

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS, R.A.; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, 2009.

OLIVEIRA, M.L.F.; SCOCHI, M.J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência / emergência de Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.1, n.1, p. 123-8, 2002.

OLIVEIRA, G.N.; SILVA, M.F.N.; ARAUJO, I.E.M. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.3, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 3a ed. rev. São Paulo: Edusp, 1996.

OTERINO, D.; PEIRO, S.; CALVO, R.; *et al.* Accident and emergency department inappropriate utilization. An evaluation with explicit criteria. **Gaceta Sanitaria**, v.13, n.5, p.361-370, 1999.

PASSARÍN, M.I.; SANMAMED, M.J.F.; CALAFELL, J. *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. **Gaceta Sanitaria**, v.20, n.2, p.91-100, 2006.

PINTO, S.G.B. **Regiões metropolitanas: obstáculos institucionais e fiscais à cooperação em políticas urbanas**. Tese (doutorado) – Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007, 391f.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

PORTO ALEGRE. **Anuário estatístico de Porto Alegre: Indicadores demográficos**, 2010. Disponível em <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/anuario/usu_doc/dados_gerais_cidade.pdf> Acesso em 13 de set. 2012.

PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde. **Locais de atendimento da região centro**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=834> Acessado em: 28 Jan 2012.

PUCCINI, P.T.; CORNETTA, V.K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.9, p.2032-42, 2008.

RASSIN, M.; NASIE, A.; BECHOR, Y. *et al.* The characteristics of self-referrals to ER for non-urgent conditions and comparison of urgency evaluation between patients and nurses. **Accident and Emergency Nursing**, v.14, p.20-26, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Complementar nº 34/2010, de 05 de agosto de 2010. **Inclui o município de Rolante na Região Metropolitana de Porto Alegre**. Disponível em: <http://proweb.procergs.com.br/consulta_proposicao.asp?SiglaTipo=PLC&NroProposicao=34&AnoProposicao=2010> Acesso em 24 jul. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2011. Secretaria de

Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. Disponível em <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/default.asp>>. Acesso em 30 de set. de 2012.

ROCHA, A.F.S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. 99 f.

ROUQUAYROL; M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 708p.

ROS, J.M.; RECIO, A.O.; GIL, S.P. *et al.* Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? **Atención Primaria**, 2011.

RUST, G.; YE J.; BALTRUS, P.; DANIELS, E. *et al.* Practical Barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. **Archives of Internal Medicine**, v. 168, n. 15, p. 1705-10, 2008.

SARVER, J.H.; CYDULKA, R.K.; BAKER, D.W. *et al.* Usual Source of Care and Nonurgent Emergency Department Use. **Academic Emergency Medicine**. v.9, n.9, 2002.

SANTOS, D.L. **Condições de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, RS : contribuições ao estudo dos determinantes sociais de saúde**. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.126f.

SCOTT, D.R.; BATAL, H.A.; MAJERES, S. *et al.* Access and care issues in urban care clinic patients. **BioMed Health Services Research**, v.9, n.222, 2009.

SEMPERE-SELVA, T.; PEIRÓ, S.; SENDRA-PINA, P. *et al.* Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons – An approach with explicit criteria. **Annals of Emergency Medicine**, v.37, n.6, p.568-79, 2001.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-94, 2004.

SELASAWATI, H.G.; NAING, L.; AASIM, W.A.W. *et al.* Factors associated with inappropriate utilization of emergency department services. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v.19, n.2, p.29-36, 2007.

SERBIM, A.K. **Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. 122f.

SHAH, N.M.; SHAH, M.A.; BEHBEHANI, J. Predictors of non-urgent utilization of Hospital emergency service in Kwait. **Social Science & Medicine**, v.42,n.9,p.1313-23, 1996.

SILVA, V.P.M.; SILVA, A.K.; HEINISCH, R.H. *et al.* Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.36, n. 4, p.18-27, 2007

SIMINSKI, P.M.; BEZZINA; A.J.; LAGO, L.P. *et al.* 'Primary Care' presentations at Emergency Departments – Rates and reasons by age and sex. **Australian Health Review**, v.32, n.4, p.700-9, 2008.

SIMONS, D.A. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família. (tese de doutorado). Fundação Osvaldo Cruz - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife (PE), 2008.161 f.

SISTEMA PESQUISA DE EMPREGO E DESEMPREGO. **A inserção da mulher no mercado de trabalho de Porto Alegre nos anos 2000**. Boletim especial: dia internacional das mulheres. Melhora nos indicadores da presença feminina no mercado de trabalho não elimina desigualdades, 2010.

SOUZA, M.F.; FIGUEIREDO, L.A.; PINTO, I.C. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.1, p.13-20, 2010.

SOUZA, B.C.; FELIPPE, E.B.A.; SILVA, R.M. Perfil da demanda do departamento de emergência do hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.38, n.2, p.73-79, 2009.

STEIN, A.T.; HARZHEIM, E.; COSTA, M. *et al.* The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. **Family Practice**, v.19, n.2, p. 207-210, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, supl 2, p.190-8, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.133-149, 2000.

THAW, P.; AWANG, Z.; GHANI, S. *et al.* Why do patients come to the accident and emergency department, RIPAS Hospital? **Brunei International Medical Journal**, v.7, n.1, p.15-21, 2011.

TSAI, J.C.; LIANG, Y; PEARSON, W.S. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patience preference and emergency department convenience. **Journal of the Formosan Medical Association**, n.109, v.7, p.533-542, 2010

VALENTIM, M.R.S.; SANTOS, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n.2, p.285-9, 2009.

VOS, P.D.; VANLERBERGHE, V.; RODRÍGUEZ, A. *et al.* Uses of first emergency services in Cuba. **Health Policy**, n.85, p.94-104, 2008.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Questionário para coleta de dados com usuários não urgentes do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS: <input type="checkbox"/> Usuário <input type="checkbox"/> Cuidador / Acompanhante	
Questionário n ^o . _____	Nome do entrevistador: _____
Data: ___/___/2012	Turno: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite
Dia da semana:	
<input type="checkbox"/> segunda-feira <input type="checkbox"/> terça-feira <input type="checkbox"/> quarta-feira	
<input type="checkbox"/> quinta-feira <input type="checkbox"/> sexta-feira <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo	

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS
1) Qual é a sua data de nascimento? ___ / ___ /19__
2) Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
3) Status conjugal: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúvo
4) Em qual município o senhor (a) mora? <input type="checkbox"/> Porto Alegre <input type="checkbox"/> Outro → Qual? _____
5) Em qual bairro o senhor mora? Nome do bairro: _____
6) Qual é o distrito de saúde no qual o usuário reside? Esta questão NÃO deve ser perguntada para o usuário. A partir do bairro relatado pelo usuário, identificar o distrito de saúde no qual o usuário reside, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2010). <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Glória/Cruzeiro/Cristal <input type="checkbox"/> Leste/Nordeste <input type="checkbox"/> Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas <input type="checkbox"/> Norte/Eixo Baltazar <input type="checkbox"/> Partenon/Lomba do Pinheiro <input type="checkbox"/> Restinga/Extremo sul <input type="checkbox"/> Sul/Centro-sul <input type="checkbox"/> Usuário reside em outro município

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS:
“Agora farei algumas perguntas sobre a posse de alguns bens. Gostaria de saber, dos itens que vou dizer, se o senhor (a) tem ou não. No caso do senhor (a) possuí-los, gostaria de saber quantos possui. Os dados deste estudo servirão apenas para essa pesquisa, portanto o (a) Senhor (a) pode ficar tranqüilo (a) para informar o que for perguntado.”

7.1) O senhor (a) possui televisão em cores na sua casa? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não ↳ Quantas? _____
7.2) O senhor (a) possui rádio na sua casa? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não ↳ Quantos? _____
7.3) O senhor (a) possui banheiro na sua casa? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não ↳ Quantos? _____
7.4) O senhor (a) ou alguém da sua família possui automóvel que não seja utilizado em atividades de trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não ↳ Quantos? _____

7.5) O senhor (a) possui **empregado mensalista** em casa?
 sim não
 ↳ Quantos? _____

7.6) O senhor (a) possui **máquina de lavar roupas** em casa?
 sim não
 ↳ Quantas? _____

7.7) O senhor (a) possui **videocassete e/ou DVD** em casa?
 sim não
 ↳ Quantos? _____

7.8) O senhor (a) possui **geladeira** em casa?
 sim não
 ↳ Quantas? _____

7.9) O senhor (a) possui **freezer** em casa?
 sim não
 ↳ Quantos? _____

8) Qual é o grau de instrução do chefe da sua família?
 Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau
 Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau
 Fundamental completo/ 1º. Grau completo
 Médio completo/ 2º. Grau completo
 Superior completo

9) Até que série o senhor (a) estudou? _____ anos completos de estudo

10) O senhor (a) está trabalhando atualmente? sim não
 Qual é o seu trabalho ou ocupação? _____ ←

11) Qual é o meio transporte que o senhor (a) utilizou para vir até o Serviço de Emergência do HCPA?
 ônibus veículo próprio táxi a pé outro Qual? _____

VARIÁVEIS RELATIVAS AO ESTADO DE SAÚDE

12) Como o senhor (a) percebe o seu estado de saúde?
 excelente bom regular ruim

13) O senhor (a) possui algum problema de saúde pelo qual faz tratamento há mais de seis meses, como por exemplo, açúcar no sangue, pressão alta, problemas respiratórios ou cardíacos, depressão ou câncer?
 sim não
 ↳

diabetes/açúcar no sangue
 hipertensão arterial sistêmica/pressão alta
 problema respiratório
 problema cardíaco
 depressão
 câncer
 outras
 Quais? _____

VARIÁVEIS RELATIVAS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
<p>14) Geralmente, quando o senhor (a) fica doente, procura atendimento em outros locais antes de vir ao serviço de emergência?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>↳ O senhor (a) possui algum serviço de saúde onde costuma consultar? →</p>	<p><input type="checkbox"/> Não possui</p> <p><input type="checkbox"/> Unidade/serviço ou Centro de Saúde</p> <p>↳ Qual é o nome da unidade/serviço ou Centro de Saúde? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de emergência</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório do HCPA</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>
<p>15) Pelo problema que o senhor (a) veio aqui na emergência hoje, o senhor (a) tomou alguma atitude antes de vir ao serviço de emergência?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>↳ <input type="checkbox"/> Procurou serviço de saúde →</p> <p>↳ <input type="checkbox"/> Automedicação</p> <p>↳ <input type="checkbox"/> Cuidados caseiros</p> <p>↳ <input type="checkbox"/> Ajuda religiosa/espiritual</p>	<p><input type="checkbox"/> Unidade/serviço ou Centro de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de emergência</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório do HCPA</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>
<p>16) Qual é o horário que a unidade/serviço de saúde perto da sua casa oferece atendimento?</p> <p><input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite</p>	
<p>17) Quanto tempo faz que o senhor (a) consultou pela última vez na unidade/serviço de saúde? Faz ____ dias <input type="checkbox"/> mais de um ano</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nunca consultou (pule para a questão 21) <input type="checkbox"/> não lembra</p>	
<p>18) Quanto tempo passou do momento que o senhor (a) solicitou consulta na unidade/serviço de saúde até a consulta propriamente dita na última vez que consultou?</p> <p>_____ dias <input type="checkbox"/> não lembra</p>	
<p>19) O senhor precisou fazer algum exame que foi solicitado na unidade/serviço de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>↳ Realizou ou realizará: <input type="checkbox"/> Particular ou convênio <input type="checkbox"/> SUS</p> <p style="margin-left: 40px;">Quantos dias demorou entre a solicitação do exame e a sua realização? ____ dias</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Aguarda realização do exame</p>	
<p>20) Quando o senhor (a) tem algum problema de saúde e decide procurar algum profissional de saúde, possui algum que costuma procurar na maioria das vezes?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>↳ Qual profissional? _____</p>	
<p>21) O senhor (a) possui algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>↳ Quais são os serviços de saúde em que o seu plano de saúde oferece atendimento? _____</p>	

VARIÁVEIS RELATIVAS À UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	
22)	Qual é o problema de saúde pelo qual o senhor veio aqui hoje?
23)	Há quanto tempo o senhor (a) está sentindo isso? Início dos sintomas: _____ dias ou _____ horas
24)	Quem tomou a decisão de procurar atendimento no serviço de emergência? <input type="checkbox"/> profissional da saúde <input type="checkbox"/> por conta própria <input type="checkbox"/> outra pessoa → Quem? _____
25)	O senhor (a) faz alguma idéia de qual será o seu diagnóstico médico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não ↳ Qual diagnóstico o senhor (a) acha que vai ter?
26)	O senhor (a) acha que vai precisar fazer exames hoje? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não ↳ Quais exames o senhor (a) acha que vai precisar fazer?
27)	Quais são os principais motivos pelos quais o senhor optou por consultar aqui no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas? <input type="checkbox"/> Porque o seu estado de saúde é uma urgência, então deve ser atendido aqui <input type="checkbox"/> Dificuldade de agendamento de consultas na unidade/serviço de saúde <input type="checkbox"/> Facilidade para consultar com médico <input type="checkbox"/> Para ser medicado e obter alívio de sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Porque o atendimento é mais rápido <input type="checkbox"/> Para realizar procedimentos de enfermagem <input type="checkbox"/> Porque é próximo de casa <input type="checkbox"/> O serviço de emergência tem melhores condições de resolver o problema de saúde do que os outros serviços de saúde <input type="checkbox"/> Para realizar exames diagnósticos com resultados no mesmo dia <input type="checkbox"/> Para obter internações <input type="checkbox"/> Porque confio mais nesse serviço do que em outros <input type="checkbox"/> Horário de funcionamento mais conveniente <input type="checkbox"/> Porque está aguardando consulta com especialista, mas está demorando muito <input type="checkbox"/> Porque faz acompanhamento no ambulatório do HCPA <input type="checkbox"/> Porque veio encaminhado do ambulatório do HCPA. <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____

VARIÁVEIS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
Queixa principal do usuário:	_____
Fluxograma:	_____
Discriminador:	_____
Prioridade (cor):	<input type="checkbox"/> verde <input type="checkbox"/> azul

APÊNDICE B – Manual de instruções para preenchimento do questionário para coleta de dados com usuários não urgentes do Serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Caro entrevistador, caso você tenha alguma dúvida, problema, precise de material ou no caso de imprevistos durante a coleta de dados, ligue para a enfermeira Kelly Piacheski de Abreu (51) 82185342 – e-mail: kelly.piacheski@gmail.com.

Esse manual de instruções deve ser utilizado para esclarecer dúvidas. Lembre-se de levá-lo sempre com você quando estiver no Serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre coletando dados e releia-o antes de iniciar a tarefa.

ATENÇÃO!

Não se esqueça de levar sempre:

- O crachá de identificação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS;
- Cópia da Carta de Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Manual de instruções;
- Questionários, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e folha de listagem;
- Lápis, borracha, apontador e sacos plásticos.
- Lembre-se sempre de levar o material para o trabalho de campo em número maior que o calculado para uso.
- NÃO se atrase!

1. Quem são as pessoas que devem ser entrevistadas, ou seja, preencham os critérios de inclusão no estudo?

Usuários que tenham de 18 completos a 59 anos e 11 meses, classificados como pouco urgentes (VERDES) e não urgentes (AZUIS) pela classificação de risco do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Caso o usuário não seja capaz de se comunicar, entreviste o cuidador / acompanhante.

2. Quem são as pessoas que NÃO devem ser entrevistadas?

Usuários de qualquer idade que tenham sido classificados como emergência (VERMELHOS), muito urgentes (LARANJAS), urgentes (AMARELOS) e os usuários não compatíveis com o serviço de emergência (BRANCOS).

Não devem ser entrevistados os usuários classificados como pouco urgentes (VERDES), não urgentes (AZUIS) menores de 18 anos e maiores de 60 anos.

Caso os usuários pertençam ao grupo etário de inclusão (18 a 59 anos e 11 meses), mas que sejam incapazes de se comunicar e estejam desacompanhados de cuidador / acompanhante também não serão entrevistados, assim como aqueles cujos cuidadores não saber prestar as informações solicitadas. Ou ainda, aqueles que após serem classificados como pouco urgentes (VERDES) e não urgentes (AZUIS) optem por não aguardar por atendimento. Os usuários que não responderem ao chamado por duas vezes serão excluídos da amostra, sendo que o segundo chamado ocorrerá após 10 minutos do primeiro chamado.

Os usuários não urgentes que procurarem o serviço das 24:00 às 6:59 horas não serão entrevistados.

Os usuários que não aceitarem participar da pesquisa também não serão entrevistados.

3. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

3.1 Ao entrar no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre se apresente ao enfermeiro que estiver realizando a classificação de risco, mostre a carta de apresentação e a carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e explique que irá coletar dados com os usuários não urgentes.

3.2. Fique aguardando a chegada de usuários não urgentes.

3.3. Todos os usuários não urgentes que preencham os critérios de inclusão devem constar na folha de listagens, conforme o exemplo a seguir:

Exemplo de Folha de Listagem dos usuários:

Data: __/__/2012 Turno: _____

Nº de chegada do usuário	Nº do questionário	Nome do usuário
01		Maria da Silva
02		José Pereira
03		Joemir Pinto

- A cada dia deverá ser preenchida uma nova FOLHA DE LISTAGEM.
- O turno se refere ao período do dia em que o usuário procurou atendimento no serviço de emergência, ou seja, manhã, tarde e noite.
- O número de chegada do usuário corresponde à numeração dos usuários não urgentes que chegaram ao serviço de emergência a partir do início do turno de atendimento.
- O número do questionário corresponde à numeração total dos instrumentos já preenchidos anteriormente, esse número será preenchido pela pesquisadora no final de cada turno de coleta no momento da entrega dos questionários.
- O nome do usuário deverá ser preenchido corretamente de forma que possibilite a sua identificação no Aplicativo de Gestão Hospitalar;

3.4 Quando chegar um usuário que possa ser incluído na pesquisa, convide-o para participar da pesquisa. Caso o usuário apresente dificuldade de comunicação e esteja acompanhado pelo cuidador, convide-o para participar do estudo, explique de uma forma geral, quais são as informações que são necessárias para responder ao questionário. Apresente os objetivos da pesquisa, informe-os de que a não participação na pesquisa não acarreta prejuízo no atendimento e que o anonimato e confidencialidade das informações são garantidos.

Apresente-se de forma simples, seja gentil e educado para obter o mínimo de negativas de participação. Lembre-se sempre de que as pessoas estão com o seu estado de saúde alterado e de que elas não têm a obrigação de participar da pesquisa.

Converse com o usuário ressaltando a importância da sua participação no trabalho, pois, por meio dele será possível identificar problemas e propor soluções sobre a saúde da população.

3.4.1 Caso o usuário ACEITE responder ao questionário:

- Procure um local menos tumultuado para poder conduzir a entrevista com maior tranquilidade;
- Após a leitura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** solicite ao participante que assine **duas** vias, sendo que uma ficará com o usuário e a outra deve ficar com o entrevistador.
- Preencha a folha de listagem com os dados do usuário

3.5 Os questionários devem ser preenchidos a lápis com letra legível, os dados são de extrema importância, portanto, não devem deixar dúvidas. Caso tenha errado o preenchimento de algum item, apague com a borracha e efetue a correção.

3.6. As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, caso o usuário não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita, muito cuidado para não induzir a resposta!

3.7. NÃO devem ser deixadas respostas em branco.

3.8. Quando ocorrer dúvida sobre a resposta do participante, esclareça com ele a sua dúvida, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema às pesquisadoras.

3.8. Caso a resposta não se enquadre em nenhum campo pré-determinado, utilize o espaço destinado a “OUTRO” e escreva segundo as palavras do participante.

4. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

Anote, ao lado do título “QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS” se o questionário foi aplicado a um usuário não urgente ou a um cuidador / acompanhante.

Deixe o campo referente ao **número do questionário** em branco, pois será preenchido posteriormente pela pesquisadora.

Preencha o espaço destinado ao **número de chegada** do usuário com o mesmo número que for preenchida a folha de listagem para o usuário que está sendo entrevistado.

A **data** que deve constar no questionário é a em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia e mês.

Nome do entrevistador é o nome de quem aplicou o questionário.

Turno em que o usuário buscou atendimento: manhã, tarde ou noite

Dia da semana em que o usuário buscou atendimento: segunda-feira, terça-feira, quarta-feira, quinta-feira, sexta-feira, sábado ou domingo

As perguntas abaixo relacionadas contemplam, primeiramente, a maneira como deve ser perguntado para o usuário e posteriormente, a forma como deve ser indagado para o cuidador / acompanhante, quando for o caso.

1) Qual é a sua data de nascimento?

ou

Qual é a data de nascimento do senhor (a) _____ (fale o nome do usuário)?

Anote a data no formato dia/mês/ano.

2) **Sexo**: apenas observe e anote no questionário.

3) Sobre o **status conjugal**, pergunte:

Qual é o seu estado civil?

ou

Qual é o estado civil do senhor (a) _____ (fale o nome do usuário)?

Marque solteiro, casado, divorciado, união estável ou viúvo.

4) Em qual **município** o senhor (a) mora?

ou

Qual é o município que o senhor (a) _____ (fale o nome do usuário) mora?

Marque a opção Porto Alegre caso seja esse o município, no entanto, se o usuário residir em outro município marque a opção Outro e anote o nome do município de procedência do usuário.

5) Em qual bairro o senhor (a) mora?

ou

Qual é o bairro que o senhor (a) _____ (fale o nome do usuário) mora?

Anote o nome do bairro que o participante relatar.

6) Qual é o distrito de saúde no qual o usuário reside?

Esta questão **NÃO** deve ser perguntada para o usuário!

Após o término da entrevista com o usuário, retorne a essa questão para preenchimento.

Relacione o bairro de residência do usuário com o distrito de saúde ao qual o bairro pertence, de acordo com o Quadro 1.

Marque a alternativa que corresponda ao distrito de saúde no qual o usuário reside.

No caso de dúvida deixe essa questão em branco.

Quadro 1. Distritos de saúde e seus respectivos bairros de abrangência.

Distritos de Saúde	Bairros atendidos
Centro	Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont'Serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana.
Glória/Cruzeiro/Cristal	Belém Velho, Cascata, Glória, Santa Tereza, Medianeira e Cristal.
Leste/Nordeste	Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras, Vila Jardim e Mario Quintana
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Floresta, Jardim Itu, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião, Vila Ipiranga, Anchieta, Arquipélago, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo.
Norte/ Eixo Baltazar	Passo das Pedras, Rubem Berta e Sarandi.
Partenon/Lomba do Pinheiro	Partenon, São José, Lomba do Pinheiro, Agronomia, Aparício Borges, São Judas Tadeu e Santo Antônio.
Restinga/Extremo Sul	Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami, Ponta Grossa e Restinga.
Sul/Centro Sul	Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Ipanema, Pedra Redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção e Vila Conceição.

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Plano municipal de saúde 2010-2013, 2010.

7) Leia o trecho presente no instrumento de coleta de dados:

“Agora farei algumas perguntas sobre a posse de alguns bens. Gostaria de saber dos itens que vou dizer se o senhor (a) tem ou não. No caso do senhor (a) possuí-los, gostaria de saber quantos possui. Os dados deste estudo servirão apenas para essa pesquisa, portanto o(a) Sr.(a) pode ficar tranqüilo(a) para informar o que for perguntado.”

Entrevistador:

Considerar na contagem dos itens os seguintes casos:

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes itens na contagem:

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
 - Bem quebrado há mais de 6 meses
 - Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Para a resposta dos itens da questão seis, anote o número referente à quantidade dos bens, no caso de resposta negativa, anote o número zero.

7.1) O senhor (a) possui **televisão** em cores na sua casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **televisão** em cores na casa onde mora?

Considerar apenas os televisores em cores. Caso o usuário cite que há televisores na casa de uso de empregados domésticos só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

7.2) O senhor (a) possui **rádio** na sua casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **rádio** na casa onde mora?

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento. Rádios tipo *walkman*, *microsystems* devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

7.3) O senhor (a) possui **banheiro** na sua casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **banheiro** na casa onde mora?

Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros que servem a mais de uma habitação não devem ser considerados.

7.4) O senhor (a) ou alguém da sua família possui **automóvel**?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) ou alguém da família dele(a) possui **automóvel**?

Caso a resposta seja afirmativa, pergunte: O senhor (a) ou alguém da sua família utiliza esse veículo para trabalhar?

Caso o carro seja utilizado para atividades laborais não deve ser considerado.

7.5) O senhor (a) possui **empregado mensalista** em casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **empregado mensalista** na casa onde mora?

Empregados mensalistas são aqueles que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana.

7.6) O senhor (a) possui **máquina de lavar roupas** em casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **máquina de lavar roupas** na casa onde mora?

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas ou semi-automática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

7.7) O senhor (a) possui **videocassete e/ou DVD** em casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **videocassete e/ou DVD** na casa onde mora?

Qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

7.8) O senhor (a) possui **geladeira** em casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **geladeira** na casa onde mora?

Assinalar a posse de geladeira.

7.9) O senhor (a) possui **freezer** em casa?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **freezer** na casa onde mora?

Assinalar a posse de freezer. Contabilizar o *freezer* incorporado à geladeira.

8) Qual é o **grau de instrução** do chefe da sua família?

ou

Qual é o **grau de instrução** do chefe da família do senhor(a) _____(fale o nome do usuário)?

Marcar conforme os agrupamentos das opções ofertadas.

Ou seja, se o chefe da família estudou até a 2ª série do fundamental, assinale a alternativa correspondente: Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º.

Grau

9) Até que série o senhor (a) **estudou**?

ou

Até que série o senhor(a) _____(fale o nome do usuário) estudou?

Anote a quantidade de anos completos de estudo.

10) O senhor está **trabalhando** atualmente?

ou

O senhor(a) _____(fale o nome do usuário) está trabalhando atualmente?

Marque sim ou não, se a resposta for positiva, pergunte: “Qual é o seu trabalho ou ocupação?” ou “Qual é o trabalho ou ocupação do senhor(a) _____(fale o nome do usuário)?”

11) Qual é o **meio de transporte** que o senhor (a) utilizou para vir até aqui?

ou

Qual é o **meio de transporte** que o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) utilizou para vir até aqui?

Marque se veio de ônibus, se veio com veículo próprio, taxi ou se veio a pé. Caso o usuário não tenha utilizado nenhum desses meios de transporte marque a opção “outro” e anote o meio de transporte nas palavras do usuário.

12) Como o senhor (a) percebe o seu **estado de saúde**?

ou

Como o senhor (a) percebe o **estado de saúde** do senhor (a) _____(fale o nome do usuário)?

Leia as alternativas para o usuário e assinale a opção relatada.

13) O senhor (a) possui algum **problema de saúde** pelo qual faz tratamento há mais de seis meses, como por exemplo açúcar no sangue, pressão alta, problemas respiratórios ou cardíacos, depressão ou câncer?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui algum **problema de saúde** pelo qual faz tratamento há mais de seis meses, como por exemplo açúcar no sangue, pressão alta, problemas respiratórios ou cardíacos, depressão ou câncer?

Se sim marque as opções relatadas, caso o usuário relate algum outro problema de saúde marque em “outras” e especifique conforme as palavras do usuário.

14) **Geralmente**, quando o senhor (a) fica doente, procura **atendimento em outros locais** antes de vir ao serviço de emergência?

ou

Geralmente, quando o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) fica doente, ele(a) procura **atendimento em outros locais** antes de vir ao serviço de emergência?

Assinalar sim ou não. Se sim, pergunte “O senhor (a) possui algum serviço de saúde onde costuma consultar?” ou “O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui algum serviço de saúde onde costuma consultar?” e assinale entre as opções citadas ou marque em “outro” e anote de acordo com as palavras do usuário o local onde procurou atendimento. Caso o usuário não urgente costume consultar em uma unidade/serviço ou centro de saúde, anote o nome a unidade/serviço de saúde ou centro de saúde conforme o usuário relatar.

15) Pelo problema que o senhor (a) veio aqui na emergência hoje, o senhor (a) tomou alguma **atitude antes de vir ao serviço de emergência?**

ou

Pelo problema que o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) veio aqui na emergência hoje, já havia sido tomada alguma **atitude antes de vir ao serviço de emergência?**

Assinale sim ou não. Se sim, anote de acordo com a resposta do respondente. Caso procurou outro serviço de saúde assinale entre as opções citadas ou marque em “outro” e anote de acordo com as palavras do usuário o local onde procurou atendimento.

16) Qual é o **horário que a unidade/serviço de saúde** perto da sua casa oferece atendimento?

ou

Qual é o **horário que a unidade/serviço de saúde** perto da casa do senhor (a) _____(fale o nome do usuário) oferece atendimento?

Assinale manhã, tarde ou noite. Caso a unidade/serviço de saúde ofereça atendimento de manhã e de tarde, assinale as duas opções.

17) Quanto tempo faz que o senhor (a) **consultou pela última vez** na unidade/serviço de saúde?

ou

Quanto tempo faz que o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) **consultou pela última vez** na unidade/serviço de saúde?

Anote o tempo em dias. Caso faça mais de um ano, nunca consultou ou o usuário não se lembre, marque essas alternativas. Caso o usuário nunca tenha consultado, pule para a questão 21.

18) Quanto tempo passou do momento que o senhor (a) **solicitou consulta na unidade/serviço de saúde até a consulta** propriamente dita na última vez que consultou?

ou

Quanto tempo passou do momento da **solicitação de consulta na unidade/serviço de saúde até a consulta** propriamente dita do senhor (a) _____(fale o nome do usuário) na última vez que consultou?

Anote o tempo em dias. Caso o usuário não se lembre, marque essa alternativa.

19) O senhor (a) precisou fazer algum **exame que foi solicitado na unidade/serviço de saúde?**

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) precisou fazer algum **exame que foi solicitado na unidade/serviço de saúde?**

Assinale sim ou não, caso afirmativo, pergunte se realizou ou realizará o exame pelo SUS ou fará particular ou por convênio, assinalando a alternativa correspondente. Depois, pergunte quantos dias demorou entre a solicitação do último exame na unidade/serviço de saúde e a sua realização, anote o número de dias ou assinale se ainda aguarda a realização do exame.

20) Quando o senhor (a) tem algum problema de saúde e decide procurar algum **profissional de saúde**, possui algum que **costuma procurar** na maioria das vezes?

ou

Quando o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) tem algum problema de saúde e decide procurar algum **profissional de saúde**, possui algum que **costuma procurar** na maioria das vezes?

Assinale sim ou não, no caso afirmativo, especifique qual profissional.

21) O senhor (a) possui **plano de saúde**?

ou

O senhor (a) _____(fale o nome do usuário) possui **plano de saúde**?

Assinale sim ou não. Caso o usuário tenha plano de saúde, pergunte “Quais são os serviços de saúde nos quais o plano de saúde oferece atendimento?” Anote o que usuário relatar.

22) Qual é o **problema de saúde** pelo qual o senhor veio aqui hoje?

ou

Qual é o **problema de saúde** pelo qual o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) veio aqui hoje?

Anotar a resposta conforme as palavras do usuário.

23) Há quanto tempo o senhor (a) está sentindo isso?

ou

Há quanto tempo o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) está sentindo isso?

Anotar o tempo de **início dos sintomas** em dias ou horas.

24) Quem tomou a **decisão de procurar atendimento no serviço de emergência**?

Assinalar se foi profissional da saúde, se veio por conta própria ou outra pessoa decidiu procurar o serviço de emergência. Caso tenha sido outra pessoa, especifique quem.

25) O senhor (a) faz alguma **idéia** de qual será o seu **diagnóstico médico**?

ou

O senhor (a) faz alguma **idéia** de qual será o **diagnóstico médico** do senhor (a) _____(fale o nome do usuário)?

Assinale sim ou não, caso afirmativo, pergunte: “Qual diagnóstico o senhor (a) acha que vai ter?” ou “Qual diagnóstico o senhor (a) acha que o senhor (a) _____(fale

o nome do usuário) vai ter?” e anote a resposta de acordo com as palavras do usuário.

26) O senhor (a) acha que vai precisar fazer **exames** hoje?

ou

O senhor (a) acha que o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) vai precisar fazer **exames** hoje?

Assinale sim ou não. Caso o participante responda sim, pergunte: “Quais exames o senhor (a) acha que vai precisar fazer?” ou “Quais exames o senhor (a) acha que o senhor (a) _____(fale o nome do usuário) vai precisar fazer?” e anote a resposta de acordo com a resposta do participante.

27) Quais são os principais **motivos** pelos quais o senhor optou por consultar aqui no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas?

ou

Quais são os principais **motivos** pelos quais o senhor _____(fale o nome do usuário) optou por consultar aqui no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas? Deixe o usuário falar livremente, e anote de acordo com as opções do questionário.. Caso o usuário tenha mais de um motivo, marque todos que o usuário referir. Se nenhuma opção contemplar a resposta do usuário, marque “outro” e especifique conforme a resposta fornecida.

AGRADEÇA a participação do usuário na pesquisa.

Os dados referentes à Classificação de Risco devem ser coletados no Aplicativo de Gestão para Hospitais por meio de busca nas evoluções das enfermeiras.

A partir do nome registrado na folha de listagem entre no aplicativo e procure a evolução referente à classificação de risco e proceda ao registro das informações no instrumento de coleta de dados. A queixa principal do usuário deve ser redigida da mesma forma que estiver registrada no aplicativo, assim como o fluxograma, o discriminador e a prioridade definida.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários**Pesquisa: Características de utilização do Serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários não urgentes**

Pesquisadoras: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e Kelly Piacheski de Abreu

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, cujo objetivo é conhecer melhor a utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários de menor gravidade. Será realizada entrevista com usuários, enquanto aguardam por atendimento, com duração aproximada de 20 minutos.

Esta pesquisa contribuirá para um melhor entendimento da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários de menor gravidade e ajudará a melhorar o atendimento. O anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações serão garantidos. Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção de todos os dados referentes ao projeto.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será em duas vias, ficando uma com a Sr.(a) e outra com a pesquisadora responsável. As informações coletadas no decorrer da presente pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa e serão divulgadas em trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e lhe será garantido o direito de desistir a qualquer momento em que assim o desejar. Sua desistência não irá acarretar qualquer prejuízo no atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Sua participação ao responder o questionário não oferece riscos para a sua saúde, mas pode causar desconforto por ter que prestar informações enquanto aguarda consulta.

As pesquisadoras estão disponíveis para você esclarecer suas dúvidas a qualquer momento. Os telefones para contato são: pesquisadora Kelly: (51) 8218-5342; pesquisadora responsável: Prof^a. Maria Alice: (51) 9678-2818, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Rua São Manoel, 963, sala 208, bairro Rio Branco, Porto Alegre. Dúvidas também podem ser esclarecidas com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: (51) 3359-7640.

Nome do usuário: _____ Data __/__/2012.

Assinatura do usuário: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cuidadores / acompanhantes de usuários com dificuldades de comunicação

Pesquisa: Características de utilização do Serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários não urgentes

Pesquisadoras: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e Kelly Piacheski de Abreu

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, cujo objetivo é conhecer melhor a utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários de menor gravidade. Será realizada entrevista com usuários, enquanto aguardam por atendimento, com duração aproximada de 20 minutos.

Caso o usuário não tiver condições de responder à entrevista, a mesma será realizada com o cuidador / acompanhante, que participará da pesquisa. Pedimos que você tente se colocar no lugar do usuário que está acompanhando e responda às perguntas como se fosse ele.

Essa pesquisa contribuirá para um melhor entendimento da utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários de menor gravidade e ajudará a melhorar o atendimento. O anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações serão garantidos. Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção de todos os dados referentes ao projeto.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será em duas vias, ficando uma com a Sr.(a) e outra com a pesquisadora responsável. As informações coletadas no decorrer da presente pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa e serão divulgadas em trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome ou do usuário que você acompanha aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária, sem custo financeiro para você ou para o usuário que você está cuidando / acompanhando. Você tem o direito garantido de desistir a qualquer momento em que assim o desejar, sendo que a sua desistência não irá acarretar qualquer prejuízo no atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Sua participação ao responder o questionário não oferece riscos para a sua saúde, mas pode causar desconforto, por ter que prestar informações enquanto acompanha uma pessoa com estado de saúde alterado.

As pesquisadoras estão disponíveis para você esclarecer suas dúvidas a qualquer momento. Os telefones para contato são: pesquisadora Kelly: (51) 8218-5342; pesquisadora responsável: Prof^ª. Maria Alice: (51) 9678-2818, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Rua São Manoel, 963, sala 208, bairro Rio Branco, Porto Alegre. Dúvidas também podem ser esclarecidas com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: (51) 3359-7640.

Nome do usuário: _____ Data __/__/2012.

Nome do cuidador / acompanhante: _____

Assinatura do cuidador / acompanhante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE F – Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuário



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

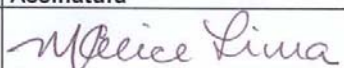
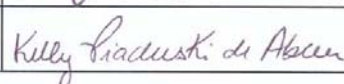
Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 28 de março de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria Alice Dias da Silva Lima	
Kelly Piacheski de Abreu	

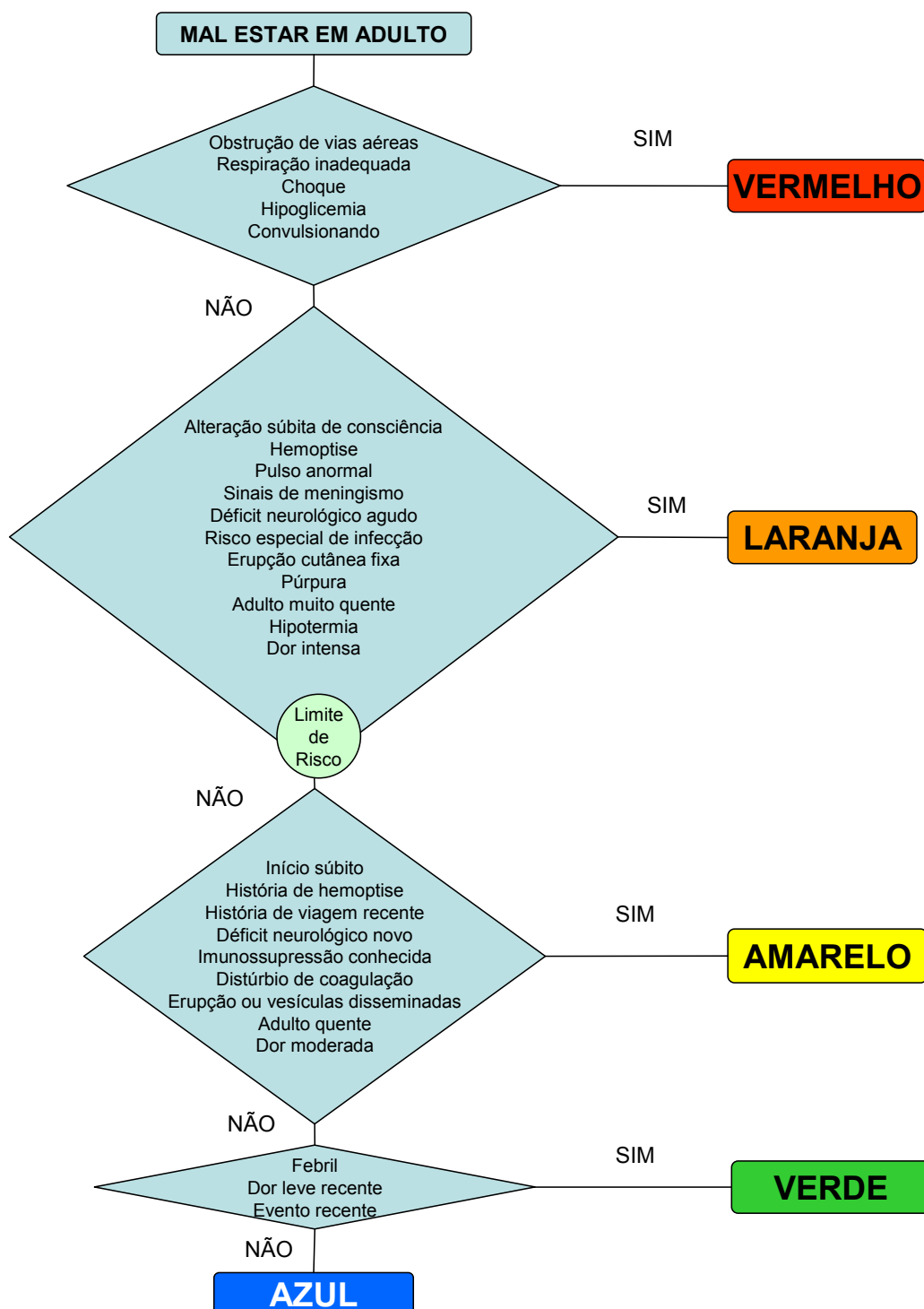
ANEXO A – Lista de sinais e sintomas que conduzem aos fluxogramas utilizados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco ⁷

1. Agressão
2. Alergia
3. Alteração do comportamento
4. Asma, história de
5. Autoagressão
6. Bebê chorando
7. Cefaléia
8. Convulsões
9. Corpo estranho
10. Criança irritadiça
11. Criança mancando
12. Desmaio no adulto
13. Diabetes, história de
14. Diarréia e/ou vômitos
15. Dispnéia em adulto
16. Dispnéia em criança
17. Doença mental
18. Doença sexualmente transmissível
19. Dor abdominal em adulto
20. Dor abdominal em criança
21. Dor cervical
22. Dor de garganta
23. Dor lombar
24. Dor testicular
25. Dor torácica
26. Embriaguez aparente
27. Erupção cutânea
28. Exposição a agentes químicos
29. Feridas
30. Gravidez
31. Hemorragia digestiva
32. Infecções locais e abscessos
33. Mal estar em adulto
34. Mal estar em criança
35. Mordeduras e picadas
36. Overdose e envenenamento
37. Pais preocupados
38. Palpitações
39. Problemas dentários
40. Problemas em extremidades
41. Problemas em face
42. Problema em olhos
43. Problema em ouvidos

⁷ Lista extraída do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

- 44. Problemas urinários
- 45. Quedas
- 46. Queimaduras
- 47. Sangramento vaginal
- 48. Trauma cranioencefálico
- 49. Trauma maior
- 50. Trauma toracoabdominal
- 51. Situação de múltiplas vítimas – avaliação primária
- 52. Situação de múltiplas vítimas – avaliação secundária

ANEXO B – Exemplo de Fluxograma do Sistema Manchester de Classificação de Risco⁸



⁸ Figura extraída do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

ANEXO C – Declaração de aprovação Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS - COMPESQ



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DECLARAÇÃO

Projeto: PG Mestre 11/ 2012

Pesquisadores: Kelly Piacheski de Abreu e Profa. Maria Alice Dias da Silva Lima

Título: UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE POR USUÁRIOS COM DEMANDAS NÃO URGENTES

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 13 de abril de 2012.

Prof^a Dra Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS

ANEXO D – Carta de aprovação da Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120118

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

MARIA ALICE DIAS DA S LIMA

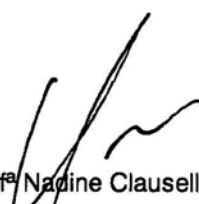
KELLY PIACHESKI DE ABREU

Título: Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)



Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG

Porto Alegre, 07 de maio de 2012.