

## Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil

Characteristics of the emergency health service demand in Southern Brazil

Maria Laura Vidal Carret<sup>1</sup>  
Anaclaudia Gastal Fassa<sup>1</sup>  
Vera Maria Vieira Paniz<sup>1</sup>  
Patrícia Carret Soares<sup>1</sup>

**Abstract** *This study evaluated the demand of emergency health service. It was performed a descriptive analyses of 1647 adults that consulted at emergency public service of Pelotas, Brazil. Older subjects, non white skin color, lower schooling without partner, and smokers presented higher prevalence of consultations at this service when compared with the general population. Individuals waited, on average, 15 minutes to have their consultations, exams were requested in more than 40% of the visits, and intravenous medication were administered in one third of the visits. Elderly waited longer before searching the service, but they had lowest awaiting time after arriving at emergency service and had higher percentage of regular doctor and social support. Elderly had more diagnosis related to circulatory system, while among the youngest, external causes were the most frequent. The low waiting average for consultation suggest this service provide an immediate care while the great number of ill-defined signs or symptoms indicate that the provided care is provisional. It is necessary to train emergency professionals to reduce the number of tests requested and to assure that either professional as the population is conscious about the importance of a continuity of care.*

**Key words** *Emergency health service demand, Epidemiology, Cross-sectional studies, Adults and elderly*

**Resumo** *O objetivo deste artigo foi avaliar a demanda do serviço de saúde de emergência. Foi realizada análise descritiva de 1.647 indivíduos adultos que consultaram no serviço público de emergência de Pelotas, Rio Grande do Sul. Pessoas com mais idade, de cor não branca, menor escolaridade, sem companheiro e tabagistas consultaram mais nesse serviço, em comparação com a população em geral. Os indivíduos esperaram em média quinze minutos para serem atendidos, foi solicitado exame em mais de 40% dos atendimentos e administrado medicamento endovenoso em um terço das vezes. Idosos demoraram mais para procurar atendimento, mas foram atendidos mais rapidamente quando chegaram à emergência e tiveram mais frequentemente médico definido e suporte social. Tiveram também mais diagnósticos relacionados com o aparelho circulatório, enquanto os mais jovens consultaram mais por causas externas. A baixa média de espera pelo atendimento sugere que este serviço presta um atendimento imediato, enquanto a grande quantidade de diagnósticos mal definidos indica que o atendimento é provisório. É preciso treinar os profissionais da emergência para reduzir a solicitação de exames e assegurar que tanto o profissional quanto a população estejam conscientes da importância de uma atenção continuada.*

**Palavras-chave** *Demanda do serviço de saúde de emergência, Epidemiologia, Estudo transversal, Adultos e idosos*

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Av. Duque de Caxias 250/3º piso, Fragata. 96030-002 Pelotas RS. mvcarr@hotmai.com

## Introdução

O serviço de saúde emergência tem como objetivo prestar um tratamento imediato e provisório aos casos de acidentes ou enfermidades imprevisíveis, os quais não podem ser resolvidos nos outros níveis de assistência<sup>1,2</sup>. A capacidade de atender casos de alta complexidade, de forma rápida e eficaz, leva a uma persistente e histórica preferência por consultas nesse tipo de serviço, independente da adequação desse atendimento e do modelo assistencial de saúde<sup>3-7</sup>. Por outro lado, este serviço tem como característica o alto custo, bem como, na maioria das vezes, a falta de continuidade no atendimento, levando à baixa adesão ao tratamento e solicitação de exames complementares desnecessários<sup>7-9</sup>.

A grande maioria dos estudos de demanda existentes na literatura foram realizados em países desenvolvidos<sup>7,10</sup>. Muitos deles utilizam dados secundários e entre os que utilizam dados primários vários investigam um único serviço de emergência em lugares com vários serviços de emergência. Entre os poucos estudos realizados em países em desenvolvimento<sup>6,8,9,11,12</sup>, somente um utiliza dados primários. Trata-se de um estudo brasileiro, que foi desenvolvido em uma cidade de grande porte, em um serviço de emergência específico<sup>8</sup>. A avaliação de um serviço de emergência específico em um local que conta com outros serviços de emergência não proporciona uma amostra representativa da demanda de emergência da cidade.

A literatura mostra que a demanda do serviço de emergência tem aumentado ao longo dos anos<sup>1,13,14</sup>. A observação desta tendência, na década de noventa, mostrou um aumento do número de consultas e do tempo de permanência na emergência, com diminuição do número e da capacidade dos serviços que prestavam esse atendimento, embora o número de leitos e a área física para este fim tenham sido ampliados<sup>4,15,16</sup>. Estudos apontam que os usuários do serviço de emergência são indivíduos de baixo nível socioeconômico, consultam por conta própria, principalmente em horário de trabalho, sem diferença entre os sexos, com tendência a aumento da utilização entre mulheres de 41 a 50 anos<sup>8,9,11,17-20</sup>. O tipo de sistema de saúde adotado pelos países parece ser modificador de efeito para nível econômico, sendo que os pobres consultam mais em países que possuem um sistema universal de saúde, indicando uma maior equidade em saúde<sup>21</sup>.

Os principais motivos de consulta variam muito entre os estudos. O estudo de Rodrigues<sup>6</sup>

encontrou os sinais e sintomas mal definidos e as alterações do aparelho locomotor e conjuntivo como motivos mais frequentes de consulta no serviço de emergência. Já o estudo de Abdallat<sup>11</sup> identificou as patologias torácicas e abdominais como principais motivos de consulta em adultos. Esta variabilidade reflete tanto as diferenças reais na demanda atendida quanto variabilidades metodológicas dos estudos, como definição de critérios de exclusão, abordagem de sinais e sintomas mal definidos e classificação de motivos de consulta utilizada e representatividade da demanda de emergência no serviço avaliado.

Este estudo tem a vantagem de utilizar dados primários coletados de forma padronizada e de ser realizado em uma cidade de médio porte, de um país em desenvolvimento, com sistema público de saúde, que conta com um único serviço de emergência na cidade. Esta característica proporciona uma amostra representativa da demanda deste serviço. Assim, o presente artigo tem por objetivo avaliar as características da demanda do serviço de emergência. Seus achados contribuem para apontar pontos positivos deste serviço e aspectos que necessitam ser melhorados. Além disso, ao conhecer as motivações da população para buscar este serviço, é possível identificar aspectos sobre os quais a população necessita maior esclarecimento.

## Método

Foi realizado um estudo transversal para caracterizar a demanda do serviço de saúde de emergência da cidade de Pelotas (RS) no período de 20 de setembro a 03 de outubro de 2004.

A população do estudo foi constituída por indivíduos com quinze anos ou mais, de ambos os sexos, que procuraram o serviço público de emergência durante o período do estudo. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam dificuldade de comunicação, não decorrente do problema de saúde que os levaram a consultar na emergência, como, por exemplo, pessoas com deficiência mental ou que sofreram acidente vascular cerebral, além de indivíduos levados pela polícia militar para realização de corpo delito. Os indivíduos que retornaram mais de uma vez no serviço (7,3%) no período do estudo responderam ao questionário apenas uma vez.

Pelotas é uma cidade de porte médio do sul do Brasil, com 93,2% vivendo na zona urbana (323.158 habitantes). Nesta população, o índice de analfabetismo é de 5,8%, 47,5% são homens e 65% da

população pertenciam à faixa etária estudada. A taxa de crescimento anual projetada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (censo demográfico de 2000) é de 1,5 ao ano. A cidade disponibiliza uma razoável rede básica de saúde, constituída por cinquenta unidades de saúde que prestam atendimento primário (totalizando, aproximadamente, 120.000 atendimentos mensais). No nível secundário, oferece 27 especialidades médicas e serviços diagnósticos e terapêuticos e, no nível terciário, conta com cinco hospitais que são conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 940 leitos/SUS. O município tem também um serviço de emergência, Pronto Socorro Público (PSP), que faz atendimento local e regional<sup>22</sup>.

O PSP localiza-se no Hospital Universitário São Francisco de Paula/Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) e o gestor do serviço é a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com outra universidade. No período do estudo, o serviço de emergência contava com 32 médicos socorristas, pediatras e cirurgiões, sete neurologistas, dois cirurgiões vasculares, dois cirurgiões torácicos, dez enfermeiras, quarenta auxiliares de enfermagem, quatro ambulâncias, nove recepcionistas e quinze auxiliares administrativos. Atende em média 210 pessoas/dia<sup>22</sup>. Os planos de saúde privados não contam com serviço de emergência própria, embora alguns disponibilizem serviço de pronto atendimento.

Foram estudadas as variáveis demográficas (idade, sexo, cor da pele e *status* conjugal atual); variáveis socioeconômicas, como nível econômico (classes A - E, do "Critério de Classificação Econômica Brasil" da ANEP, com base na acumulação de bens; entretanto, em vez de levar em conta a escolaridade do chefe da família, utilizou-se a escolaridade do sujeito do estudo), escolaridade, *status* ocupacional e variáveis comportamentais, como tabagismo e uso abusivo de álcool (avaliado através do teste CAGE)<sup>23</sup>.

Quanto às variáveis relacionadas à queixa atual, foram coletadas: duração dos sintomas, se o problema apresentava ou não risco de vida, necessidade de tratamento imediato (nas 24 horas), absentismo no trabalho e/ou escola, diagnóstico (classificados através das três primeiras categorias do Código Internacional das Doenças - CID) e definido a partir da ficha de atendimento do PSP (FA), conduta médica (solicitação de exames, administração de medicamentos endovenosos (EV) e encaminhamentos pós consulta). Considerou-se acidente aquele ocorrido em lugar público, tráfego, trabalho e domésticos (foram excluídos aqueles consequentes de picadas de insetos e mor-

dedura de animais ou humanos). Investigou-se também a realização de consulta anterior pela queixa atual e, nos casos positivos, o local desta consulta. Caracterizou-se o turno de atendimento no PSP, tempo de espera desde a chegada ao serviço até ser chamado para o atendimento, meio de transporte utilizado para chegar ao PSP e quem sugeriu consultar na emergência.

A necessidade em saúde foi avaliada a partir da autopercepção em saúde e de doenças crônicas autorreferidas. Investigou-se se o paciente tinha convênio de saúde, bem como o número de consultas no PSP no último ano e nos últimos três meses. Observou-se também se o indivíduo tinha médico definido, considerando que sim quando, além de afirmar ter um médico que costumava ir, na maioria das vezes, lembrava seu nome e consultava com ele há mais de doze meses. O suporte social foi avaliado pela presença de acompanhante e de alguém que tire a ficha (ou marque a consulta) quando o indivíduo necessita consultar.

O questionário foi aplicado por entrevistadores previamente treinados para este estudo. O trabalho de campo foi realizado durante as 24 horas do dia, em três turnos: 7:00-13:00 horas, 13:00-19:00 horas e 19:00-7:00 horas. Cada turno contou com equipes de quatro entrevistadores e um auxiliar de pesquisa, responsável pelo preenchimento do nome e endereço do entrevistador no questionário, no momento em que era feita a FA e a entrega imediata do questionário aos entrevistadores, para dessa forma evitar perdas. Cada entrevistador demorou em média 46 minutos para aplicar cada questionário.

Aquele paciente que por qualquer motivo não pode terminar de responder ao questionário no momento da consulta foi contatado posteriormente para completá-lo. Os contatos ocorreram através de visitas hospitalares, domiciliares ou por telefone. Foram consideradas como perdas ou recusas aqueles casos em que não foi possível a realização da entrevista após três tentativas com entrevistadores diferentes.

Os supervisores do trabalho de campo estiveram executando sua tarefa das 6:45 às 24:00 horas, diariamente, estando presente em todas as trocas de plantão para auxiliar os entrevistadores e evitar perda de pacientes. A supervisão do período das 00:00 às 6:45 foi realizada através da checagem com a lista produzida pelo próprio PSP, com a comparação dos dados de identificação do paciente.

A entrada de dados foi realizada no programa Epi Info 6.04d, enquanto a limpeza e análise

dos dados foram realizadas no pacote estatístico Stata 8. Foi realizada uma análise descritiva, examinando as frequências e medidas de tendência central e dispersão das variáveis em estudo, além da análise bivariada, estratificada por idade e sexo, utilizando-se os testes do qui-quadrado e tendência linear, levando-se em consideração um nível de significância de 5%.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universi-

dade Federal de Pelotas. Foi solicitado ao entrevistado consentimento verbal informado para aplicar o questionário e coletar informações sobre sua consulta na ficha de atendimento e junto ao médico que prestou o atendimento. O sigilo das informações e o direito de recusa foram garantidos ao entrevistado. Foi respeitado o estado de saúde do entrevistado, transferindo a entrevista para outro momento, quando necessário.

## Resultados

Das 1.759 pessoas elegíveis para o estudo, obteve-se uma amostra de 1.647 indivíduos, sendo que, destes, 112 foram completados posteriormente, por telefone ou através de visita domiciliar ou hospitalar. O percentual de perdas e recusas foi de 6,4%, com distribuição por sexo e idade semelhantes à amostra em estudo. Foram considerados inelegíveis 3,9% dos indivíduos.

A população do estudo foi composta por indivíduos com idades entre quinze e cem anos, com média de 44 anos (dp= 20 anos), mais da metade foi constituída de mulheres (52,1%), 76,8% eram brancos e 54,6% eram casados ou tinham companheiro. Quanto ao acúmulo de bens, metade pertencia ao nível econômico C e 33,4%, aos níveis econômicos D e E. Quanto à escolaridade, 36,3% tinham estudado até quatro anos, com média de seis anos completos de estudo (dp= 3,8 anos) e 12% de analfabetismo (não sabiam ler e escrever ou só assinavam seu nome) (Tabela 1).

Do total, 51,8% não tinham nenhuma ocupação no momento da consulta (não estudavam e não trabalhavam). Entre os trabalhadores, quase metade trabalhava de 41 a 60 horas por semana. Metade dos indivíduos nunca fumou e 30,9% eram fumantes no momento da consulta. Segundo a classificação de CAGE, 5,9% faziam uso abusivo de bebida alcoólica. (Tabela 1)

A Tabela 2 descreve as variáveis relacionadas com a queixa atual, estratificada por idade. Mais da metade dos pacientes estava sintomático há mais de 24 horas quando resolveu consultar no PSP e a duração dos sintomas apresentou associação direta com a idade ( $p < 0,001$ ). Dos sujeitos estudados, 70% consideravam que seu problema apresentava risco de vida, aumentando com a idade ( $p < 0,001$ ). Por outro lado, 6,9% achavam que poderiam esperar até o outro dia para consultar, sem diferença entre os grupos etários.

Um terço dos indivíduos consultou anteriormente pelo problema atual, principalmente na rede

**Tabela 1.** Descrição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais. Pelotas (RS), 2004.

Variável	N	Prevalência (%)
<b>Idade (N=1647)</b>		
Menor de 35	629	38,2
35 a 64 anos	732	44,4
65 ou mais	286	17,4
<b>Sexo (N= 1647)</b>		
Masculino	789	47,9
Feminino	858	52,1
<b>Cor da pele (N=1647)</b>		
Branca	1264	76,8
Não branca	382	23,2
<b>Situação conjugal atual (N=1647)</b>		
Com parceiro	899	54,6
Sem parceiro	748	45,4
<b>Critério de Classificação Econômica Brasil</b>		
Nível A e B	270	16,5
Nível C	822	50,1
Nível D e E	547	33,4
<b>Escolaridade - anos de estudo (N=1643)</b>		
0	197	12,0
1 - 4	399	24,3
5 - 8	660	40,2
9 -11	326	19,8
12 ou mais	61	3,7
<b>Status ocupacional (N=1646)</b>		
Não trabalha, nem estuda	853	51,8
Trabalha e estuda	75	4,6
Só trabalha	607	36,9
Só estuda	111	6,7
<b>Horas de trabalho por semana (N= 675)</b>		
Ate 20 horas	40	5,9
21 a 40 horas	243	36,0
41 a 60 horas	320	47,4
61 horas ou mais	72	10,7
<b>Fumo (N=1646)</b>		
Nunca fumou	820	49,8
Fumo atual	509	30,9
Ex-fumante	317	19,3
<b>Uso abusivo de álcool (N=1646)</b>		
Não	1547	94,1
Sim	97	5,9

pública de saúde (mais de 80%), aumentando a possibilidade de ter ocorrido essa consulta prévia com aumento da idade. Além disso, 35,7% dos indivíduos faltaram ao trabalho e/ou escola, sem diferença entre as idades, e 17% buscaram o serviço por ter sofrido algum tipo de acidente, sendo este inversamente associado à idade (Tabela 2).

O diagnóstico médico variou com a idade. Entre os mais jovens, os principais diagnósticos foram aqueles relacionados com causas externas e, entre os idosos, aqueles relacionados com o aparelho circulatório. Foram solicitados exames em 41,6% das consultas e administrado fluído ou medicação endovenosa em 33,5% das vezes, com frequências dessas variáveis estatisticamente maiores entre os mais idosos quando comparados com os mais jovens. Mais da metade dos que tinham menos de 65 anos foram encaminhados para casa após a consulta atual; entre os que tinham 65 anos ou mais, 44,2% tiveram este encaminhamento. Os idosos internaram em 18,6% das vezes, sendo que, entre os mais jovens, apenas 4,1% foram internados (Tabela 3).

Os turnos de maior demanda foram tarde e noite, com uma grande concentração nos horários das 14 às 17 horas e das 19 às 21 horas, atingindo um pico de atendimento no período das 19 às 20 horas. Os idosos consultaram significativamente mais durante o dia e os mais jovens, principalmente à tardinha e a noite ( $p<0,001$ ). Os dias da semana de maior demanda foram domingo e feriado, com média de 155 consultas por dia, e a média de consultas nos dias úteis foi de 121 consultas. Cerca de 70% dos entrevistados esperaram até quinze minutos para serem atendidos, sendo que o tempo de espera foi inversamente associado à idade do indivíduo ( $p=0,01$ ). A sugestão de consulta variou significativamente com a idade, sendo que os extremos de idade consultaram principalmente por sugestão de familiares e amigos e os indivíduos com idade entre 35 a 64 anos consultaram principalmente por conta própria (Tabela 4).

Quando questionados sobre o motivo da escolha pelo PSP, não se evidenciou diferença entre as idades; 58,2% referiram que esse serviço tinha

**Tabela 2.** Descrição da amostra segundo variáveis relacionadas com a queixa atual, estratificado por idade. Pelotas (RS), 2004.

Variável	Total (%)	Idade em anos			Valor p
		< de 34 (%)	35 a 64 (%)	> de 64(%)	
Tempo de sintomas (N=1645)					<0,001
Menos de 1 dia	670 (40,7)	283 (45,0)	278 (38,1)	109 (38,1)	
1 a 10 dias	777 (47,2)	291 (46,3)	361 (49,5)	125 (43,7)	
11 dias ou mais	198 (12,0)	55 (8,7)	91 (12,5)	52 (18,2)	
Urgência referida (N=1646)					<0,001*
Não	498 (30,3)	230 (36,6)	214 (29,3)	54 (18,9)	
Sim	1148 (69,7)	399 (63,4)	517 (70,7)	232 (81,1)	
Achava que poderia esperar para outro dia (N=1647)					0,16*
Não	1533 (93,1)	577 (91,7)	688 (94,0)	268 (93,7)	
Sim	114 (6,9)	52 (8,3)	44 (6,0)	18 (6,3)	
Consultou antes por esse motivo (N=1647)					<0,001*
Não	1188 (72,1)	495 (78,7)	506 (69,1)	187 (65,4)	
Sim	459 (27,9)	134 (21,3)	226 (30,9)	99 (34,6)	
Local desta consulta anterior (N=458)					0,6
Sistema Único de Saúde	256 (55,9)	74 (55,2)	126 (55,8)	56 (57,1)	
Convênios e privados	50 (10,9)	15 (11,2)	20 (8,9)	15 (15,3)	
Pronto Socorro Público (PSP)	117 (25,6)	33 (24,6)	63 (27,9)	21 (21,4)	
Outras cidades	35 (7,6)	12 (9,0)	17 (7,5)	6 (6,1)	
Absenteísmo pelo problema atual (N=793)					0,3*
Não	510 (64,3)	279 (64,3)	217 (63,5)	14 (82,4)	
Sim	283 (35,7)	155 (35,7)	125 (36,5)	3 (17,6)	
Proveniente de acidente (N=1647)					<0,001*
Não	1368 (83,1)	492 (78,2)	627 (85,7)	249 (87,1)	
Sim	279 (16,9)	137 (21,8)	105 (14,3)	37 (12,9)	

\* teste de tendência linear.

mais condições de resolver o problema, 42,1% procuraram o PSP pela facilidade de fazer exame e 40,7%, para receber medicação de alívio dos sintomas, no momento da consulta. O meio de transporte mais frequentemente utilizado para ir até o PSP foi o carro (46,5%), seguido de ônibus (22,5%) e ambulância (12,5%). Os idosos usaram mais ambulância e táxi que os jovens, enquanto que estes foram mais vezes a pé, de motocicleta ou bicicleta (Tabela 4).

Quase 20% dos indivíduos consultaram três ou mais vezes no PSP no último ano e 5,9%, três ou mais vezes nos últimos três meses. A idade esteve diretamente associada com o número de consultas prévias no PSP. Quando precisavam consultar, 46,1% deles contavam com suporte social de um familiar ou amigo, principalmente os idosos (Tabela 5).

Aproximadamente metade dos indivíduos considerou sua saúde regular ou ruim, sendo

inversamente associado com idade. As doenças crônicas foram mais frequentemente encontradas entre os mais velhos, quando comparados com os mais jovens. Do total, 34,6% se diziam hipertensos e 30,1% referiam ter depressão, enquanto no grupo de maiores de 64 anos o percentual destas patologias atinge 59,8 e 38,5%, respectivamente (Tabela 5).

Aproximadamente 17% referiam ter algum tipo de convênio de saúde, não se observando diferença entre as idades; 28,1% tinham médico definido, apresentando direta relação com a idade (Tabela 5).

Os homens consultaram mais à tardinha e as mulheres, principalmente durante a noite e madrugada. Os homens tiveram mais diagnósticos relacionados a causas externas, com menor duração dos sintomas até a busca por atendimento e consideravam sua saúde melhor, quando comparados com as mulheres. As mulheres aponta-

**Tabela 3.** Descrição da amostra conforme diagnóstico e conduta médica na consulta atual, estratificado por idade. Pelotas (RS), 2004.

Variável	Total	Idade em anos			Valor p
		< de 34 (%)	35 a 64 (%)	> de 64 (%)	
Código Internacional das Doenças (N=1570)					
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	342 (21,8)	171 (28,4)	133 (19,0)	38 (14,2)	<0,001
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	277 (17,6)	89 (14,8)	140 (20,0)	48 (17,9)	
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	199 (12,7)	80 (13,3)	72 (10,3)	47 (17,5)	
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	181 (11,5)	16 (2,7)	111 (15,9)	54 (20,2)	
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	102 (6,5)	51 (8,5)	41 (5,9)	10 (3,7)	
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	83 (5,3)	23 (3,8)	45 (6,4)	15 (5,6)	
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	77 (4,9)	21 (3,5)	42 (6,0)	14 (5,2)	
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	49 (3,1)	23 (3,8)	19 (2,7)	7 (2,6)	
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	46 (2,9)	26 (4,3)	17 (2,4)	3 (1,1)	
Outros	214 (13,6)	103 (17,1)	79 (11,3)	32 (11,9)	
Solicitação de exames no PSP (N=1647)					0,001*
Não	962 (58,4)	394 (62,6)	427 (58,3)	141 (49,3)	
Sim	685 (41,6)	235 (37,4)	305 (41,7)	145 (50,7)	
Administração de medicação endovenosa (N= 1647)					0,05*
Não	1095 (66,5)	445 (70,8)	460 (62,8)	190 (66,4)	
Sim	552 (33,5)	184 (29,3)	272 (37,2)	96 (33,6)	
Encaminhamento após atendimento atual (N=1641)					<0,001
Casa	854 (52,0)	347 (55,3)	381 (52,3)	126 (44,2)	
Avaliação ambulatorial	296 (18,0)	97 (15,5)	144 (19,8)	55 (19,3)	
Especialista	186 (11,3)	83 (13,2)	75 (10,3)	28 (9,8)	
Internação	145 (8,8)	26 (4,1)	66 (9,1)	53 (18,6)	
Outros	160 (9,8)	75 (11,9)	62 (8,5)	23 (8,1)	

\* teste de tendência linear.

ram mais frequentemente do que os homens o fato de não conseguir marcar consulta como motivo para procurar o serviço de emergência ( $p=0,008$ ).

## Discussão

Este estudo possibilitou conhecer as características da população que consulta no serviço de emergência, diversos aspectos do atendimento desta demanda e os motivos pelos quais os sujeitos buscaram este nível de atenção.

O fato de Pelotas ter um único serviço de emergência, que atende a demanda de SUS e a maioria dos planos de saúde da região, permitiu abranger a grande maioria da população que busca atendimento de emergência. O percentual

de perdas e recusas foi pequeno, com distribuição por sexo e idade semelhante ao da amostra estudada. Embora o PSP seja um local estressante, os pacientes não tiveram grande dificuldade em responder ao questionário, visto que o número de entrevistas que necessitaram ser completadas posteriormente foi pequeno.

Quando comparados aos dados para região urbana da cidade de Pelotas (censo demográfico 2000 do IBGE e de estudo de base populacional realizada na cidade em 2002)<sup>24</sup>, observou-se que a população usuária do serviço de emergência distribuiu-se de forma semelhante entre os sexos e concentrou um maior percentual de idosos, não brancos, indivíduos sem companheiro, menor escolaridade, fumantes e etilistas. Esses achados concordam com grande parte das publicações e parecem estar relacionados às maiores necessi-

**Tabela 4.** Descrição da amostra de acordo com a utilização do serviço de emergência, estratificado por idade. Pelotas (RS), 2004.

Variável	Total	Idade em anos			Valor p
		< de 34 (%)	35 a 64 (%)	> de 64(%)	
Turno do atendimento atual (N= 1147)					<0,001
Manhã (7 às 13 horas)	416 (25,3)	120 (19,1)	212 (29,0)	84 (29,4)	
Tarde (13 às 19 horas)	557 (33,8)	203 (32,3)	228 (31,2)	126 (44,1)	
Noite (19 a uma da manhã)	522 (31,7)	240 (38,2)	226 (30,9)	56 (19,6)	
Madrugada (1 às 7 horas)	152 (9,2)	66 (10,5)	66 (9,0)	20 (7,0)	
Tempo de espera (N=1640)					0,01
Até 5 minutos	663 (40,4)	233 (37,2)	281 (38,6)	149 (52,3)	
6 a 15 minutos	487 (29,7)	198 (31,6)	223 (30,6)	66 (23,2)	
16 a 30 minutos	312 (19,0)	117 (18,7)	148 (20,3)	47 (16,5)	
31 minutos ou mais	178 (10,9)	79 (12,6)	76 (10,4)	23 (8,1)	
Sugestão de consulta atual (N=1645)					<0,001
Por conta própria	578 (35,1)	219 (34,9)	293 (40,1)	66 (23,0)	
Por profissional de saúde	320 (19,5)	91 (14,5)	156 (21,3)	73 (25,5)	
Familiares e amigos	685 (41,6)	280 (44,5)	265 (36,3)	140 (49,0)	
Outros	62 (3,8)	38 (6,1)	17 (2,3)	7 (2,5)	
Motivo da escolha pelo PSP					
PSP tem mais condições	959 (58,2)	356 (56,6)	429 (58,6)	174 (60,8)	0,5*
Para fazer exames no momento	694 (42,1)	255 (40,5)	314 (42,9)	125 (43,7)	0,6*
Para receber medicamento de alívio	670 (40,7)	247 (39,3)	306 (41,9)	117 (40,9)	0,6*
Não conseguiu marcar consulta	135 (8,2)	47 (7,5)	61 (8,3)	27 (9,4)	0,6*
Único lugar aberto para consultas	337 (20,5)	40 (6,4)	45 (6,2)	19 (6,7)	0,5
Outros	104 (6,3)	140 (22,3)	136 (18,6)	61 (21,3)	
Meio de transporte até PSP (N=1647)					<0,001
Caminhando	104 (6,3)	50 (8,0)	49 (6,7)	5 (1,8)	
Ônibus	370 (22,5)	154 (24,5)	166 (22,7)	50 (17,5)	
Táxi	93 (5,7)	25 (4,0)	40 (5,5)	28 (9,8)	
Carro	765 (46,5)	269 (42,8)	354 (48,4)	142 (49,7)	
Ambulância	206 (12,5)	64 (10,2)	84 (11,5)	58 (20,3)	
Outros	109 (6,6)	67 (10,7)	39 (5,3)	3 (1,1)	

\* teste de tendência linear.

dades em saúde desse grupo populacional<sup>4,17,19,20,25-28</sup>. Quanto ao nível econômico, a demanda esteve concentrada nos níveis D e E, que também apresentaram maiores necessidades em saúde, e no nível C, que provavelmente tem maior facilidade de acesso ao serviço de saúde<sup>21</sup>.

As diferenças encontradas entre os grupos etários mostram suas necessidades e comportamentos distintos. As pessoas mais velhas demoraram mais para procurar atendimento médico, tiveram mais consultas anteriores pela queixa atual, consideraram mais frequentemente sua saúde regular ou ruim e seu problema atual, uma urgência, devendo estar associado à maior prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária, que determina maior utilização do serviço de emergência. Tais achados provavelmente estão

relacionados com o aumento da expectativa de vida da população, que determina o surgimento de doenças complexas<sup>17,27</sup>.

Os diagnósticos mais frequentemente encontrados no serviço de emergência variam na literatura, dependendo da classificação e dos critérios de exclusão utilizados no estudo, além de estarem intimamente relacionados à idade<sup>26,27</sup>. O atual estudo encontrou, entre os mais jovens, consultas relacionadas às lesões por causas externas e, entre os idosos, patologias relacionadas ao aparelho circulatório, o que reflete o perfil de adoecimento dos respectivos grupos etários. Cabe ressaltar que, como em outros estudos, foi grande a quantidade de diagnósticos mal definidos, confirmando o caráter provisório do atendimento prestado e mostrando que o conjunto

**Tabela 5.** Descrição da amostra com relação às necessidades em saúde, estratificado por idade. Pelotas (RS), 2004.

Variável	Total	Idade em anos			Valor p
		< de 34 (%)	35 a 64 (%)	> de 64 (%)	
Número de consultas no PSP, último ano (N=1636)					<0,001
Nunca consultou	418 (25,6)	175 (27,9)	177 (24,4)	66 (23,2)	
Nenhuma	377 (23,0)	148 (23,6)	166 (22,9)	63 (22,2)	
1 a 2 vezes	525 (32,1)	208 (33,2)	245 (33,8)	72 (25,4)	
3 ou mais vezes	316 (19,3)	96 (15,3)	137 (18,9)	83 (29,2)	
Número de consultas no PSP, últimos três meses (N=1642)					0,03
Nenhuma	1167 (71,1)	468 (74,4)	503 (69,0)	196 (69,0)	
1 a 2 vezes	378 (23,0)	134 (21,3)	181 (24,8)	63 (22,2)	
3 ou mais vezes	97 (5,9)	27 (4,3)	45 (6,2)	25 (8,8)	
Suporte social (N=1646)					<0,001*
Não	887 (53,9)	361 (57,4)	436 (59,6)	90 (31,5)	
Sim	759 (46,1)	268 (42,6)	295 (40,4)	196 (68,5)	
Autopercepção de saúde (N=1646)					<0,001
Excelente ou muito boa	238 (14,5)	134 (21,3)	87 (11,9)	17 (5,9)	
Boa	643 (39,1)	310 (49,4)	259 (35,4)	74 (25,9)	
Regular ou ruim	765 (46,5)	184 (29,3)	386 (52,7)	195 (68,2)	
Patologias prévias					
Diabete mellitus (N=1646)	169 (10,3)	13 (2,1)	84 (11,5)	72 (25,2)	<0,001*
Pressão alta (N=1644)	569 (34,6)	79 (12,6)	319 (43,6)	171 (59,8)	<0,001*
Bronquite, asma ou enfisema (N=1647)	259 (15,7)	88 (14,0)	104 (14,2)	67 (23,4)	<0,001*
Cardiopatia (N=1647)	370 (22,5)	32 (5,1)	183 (25,0)	155 (54,2)	<0,001*
Reumatismo (N=1647)	216 (13,1)	16 (2,5)	117 (16,0)	83 (29,0)	<0,001*
Depressão (N=1646)	495 (30,1)	128 (20,4)	257 (35,2)	110 (38,5)	<0,001*
Outros (N=1647)	336 (20,4)	114 (18,1)	142 (19,4)	80 (28,0)	0,002*
Convênio (N=1647)					0,9
Não	1368 (83,1)	520 (82,7)	610 (83,3)	238 (83,2)	
Sim	279 (16,9)	109 (17,3)	122 (16,7)	48 (16,8)	
Médico definido (N=1646)					<0,001*
Não	1184 (71,9)	499 (79,3)	516 (70,6)	169 (59,1)	
Sim	462 (28,1)	130 (20,7)	215 (29,4)	117 (40,9)	

\* teste de tendência linear.



de exames utilizados não contribui de forma importante para a precisão do diagnóstico<sup>26,29</sup>.

Os dias da semana com maior demanda foram domingo e feriado, discordando de Rodrigues *et al*<sup>6</sup> que encontraram maior demanda no primeiro dia depois do fim de semana. O horário de maior volume de consultas observado foi das 19 às 20 horas, estando associado à menor idade e sexo feminino. Os artigos revisados encontraram maior demanda de consultas em horário de trabalho<sup>11,30,31</sup>, sendo que Richards *et al*<sup>32</sup> encontraram maior demanda das 13 às 23 horas. Tais achados podem estar associados ao fato de Pelotas apresentar uma ampla rede de atenção básica, que funciona nos dias úteis, principalmente em turnos diurnos, que pode estar conseguindo filtrar um pouco essa demanda. É importante ressaltar que o pico de maior demanda coincide com o horário de troca de plantão, o que poderia dificultar a dinâmica do atendimento.

Ao contrário do esperado, o transporte mais usado foi o carro, em vez do ônibus<sup>8</sup>. O percentual de pessoas que chegaram ao PSP de ambulância foi baixo, mas consistente com outros estudos. Isso pode estar relacionado ao fato de, no período do estudo, Pelotas contar com uma frota de quatro ambulâncias públicas que realizavam somente transporte, sem prestar serviço de emergência móvel.

A frequência de médico definido foi maior entre os idosos do que entre os mais jovens, estando de acordo com a literatura<sup>21</sup>. Segundo artigos revisados, a falta de um médico definido dificulta o acesso aos serviços básicos de saúde, levando a maior utilização do serviço de emergência, mais solicitação de exames e maior prescrição de medicamentos desnecessários<sup>8,26,33,34</sup>. Neste estudo, o percentual de pessoas com médico definido que consultaram no serviço de emergência foi menor que aquele encontrado por Sassi *et al*<sup>21</sup>, na população que consulta o serviço básico de saúde, sugerindo que aqueles que consultam no serviço de emergência têm menos médico definido.

As diferenças mais importantes entre os sexos se relacionaram ao horário de atendimento e diagnóstico. Essa diferença quanto ao horário da consulta pode estar relacionada ao fato de as mulheres dependerem de outras pessoas para cuidar dos filhos para que possam sair para con-

sultar. No que se refere ao diagnóstico, o tipo de trabalho e o meio de transporte utilizado pelo homem o colocam em maior risco de sofrer acidentes<sup>6,8</sup>.

Em geral, as pessoas que procuraram o serviço de emergência o fizeram por conta própria ou por sugestão de familiar, estando de acordo com a literatura<sup>8,35</sup>, e escolheram este serviço por acreditar em sua melhor condição para resolver o problema e pela facilidade de fazer exames no momento da consulta<sup>1,7,9</sup>. A média de tempo de espera de quinze minutos para consultar no PSP, o fato de haver solicitação de exames em quase metade das consultas e de ser utilizado medicamento EV em um terço dos indivíduos que procuram o PSP sugerem que este serviço atende, ao menos em parte, as expectativas dos usuários.

O atual estudo descreve a demanda do único serviço público de emergência da cidade, proporcionando uma amostra representativa da demanda desse serviço. De uma maneira geral, pode-se perceber que o perfil da demanda do serviço de emergência varia pouco conforme o tipo de sistema de saúde e o nível de desenvolvimento do país em estudo. A baixa média de espera pelo atendimento sugere que o serviço de emergência está cumprindo com o objetivo de prestar um atendimento imediato. A constatação de que o momento de maior demanda ocorre em torno das 19 horas leva a questionar se este seria o melhor horário para a troca de plantão e indica que a ampliação do horário de atendimento de algumas UBS funcionando em pontos estratégicos nos distritos sanitários, oferecendo pronto atendimento, poderia diminuir a demanda do PSP.

A grande prevalência de sinais e sintomas mal definidos mostra que é importante reforçar a integralidade da atenção à saúde, com um sistema de referência e contrarreferência que possibilite um diagnóstico mais preciso e um acompanhamento do problema de saúde apresentado. Além disso, a educação continuada dos profissionais da emergência, com uma ênfase maior no exame clínico, poderia reduzir o número de exames complementares solicitados, qualificando o atendimento prestado. Os achados apontam também para a necessidade de esclarecer a população sobre a importância de um cuidado continuado, que permita estabelecer diagnósticos definitivos e tratamentos adequados.

## Colaboradores

MLV Carret e AG Fassa participaram da elaboração do projeto, coordenação do trabalho de campo, análise de dados e redação do artigo. VP Vieira foi responsável pela supervisão do trabalho de campo e revisão crítica do artigo. PC Soares participou da supervisão do trabalho de campo, codificação, limpeza dos dados e revisão crítica do artigo.

## Referências

1. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA, Jr. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2003; 42(2):173-180.
2. Young GP, Sklar D. Health care reform and emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1995; 25(5):666-674.
3. Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs* 2006; 15(8):1045-1056.
4. Reeder T, Locascio E, Tucker J, Czaplinski T, Benson N, Meggs W. ED utilization: the effect of changing demographics from 1992 to 2000. *Am J Emerg Med* 2002; 20(7):583-587.
5. Richardson LD, Hwang U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. *Acad Emerg Med* 2001; 8(11):1030-1036.
6. Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP, Sosa Acosta A. "Filtro sanitario" en las urgencias médicas. *Rev. cuba. med* 2001; 40(3):181-188.
7. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35(1):63-68.
8. Stein AT. *Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviço de emergência*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
9. Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med* 1996; 42(9):1313-1323.
10. Twanmoh JR, Cunningham GP. When overcrowding paralyzes an emergency department. *Managed care* 2006; 15(6):54-59.
11. Abdallat AM, al-Smadi I, Abbadi MD. Who uses the emergency room services? *East Mediterr Health J* 2000; 6(5-6):1126-1129.
12. Fajardo-Ortiz G, Ramirez-Fernandez FA. Review of admissions to the emergency unit of the specialist hospital of the Institute of Social Security responsible for the treatment of civil servants in the Puebla State, 1996 (Mexico). *World Hosp Health Serv* 2000; 36(1):14-7, 37.
13. Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002; 39(4):430-432.
14. Richardson LD, Asplin BR, Lowe RA. Emergency department crowding as a health policy issue: past development, future directions. *Ann Emerg Med* 2002; 40(4):388-393.

15. Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2006; 30(3):351-6.
16. Lambe S, Washington DL, Fink A, Herbst K, Liu H, Fosse JS, Asch SM. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. *Ann Emerg Med* 2002; 39(4):389-396.
17. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA* 1994; 271(24):1909-1912.
18. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117(4):250-255.
19. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)* 2000; 433:1-5.
20. Braun T, Garcia Castrillo-Riesgo L, Krafft T, Diaz-Reganon Vilches G. Use of emergency medical service and sociodemographic factors. *Gac Sanit* 2002;16(2):139-144.
21. Sassi RM, Béria JU. Utilização de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):819-832.
22. Facchini LA TE, Thumé E. Plano municipal de saúde 2003-2004. Pelotas: Prefeitura Municipal de Pelotas; 2003.
23. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983; 16(3):215-218.
24. Carret ML, Fassa AG, da Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sexually transmitted diseases symptoms in adults: prevalence and risk factors. *Rev. Saude Publica* 2004; 38(1):76-84.
25. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, , Angélico V, Fonseca L, Loureiro E, Barroso S, Machado A, Soares M, da Costa AB, de Freitas AF. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6):580-586.
26. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, Hart LG. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000; 90(1):97-102.
27. McConnel CE, Wilson RW. The demand for pre-hospital emergency services in an aging society. *Soc Sci Med* 1998; 46(8):1027-1031.
28. Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995; 40(4):469-477.
29. Hansagi H, Olsson M, Sjoberg S, Tomson Y, Goransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6):561-567.
30. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002; 19(2):207-210.
31. Rodríguez JP SI, Rodríguez RP. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. *Rev. cuba. med* 2001; 17(4):329-335.
32. Richards JR, Navarro ML, Derlet RW. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. *West J Med* 2000; 172(6):385-388.
33. Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, Colby DC, Callahan ML. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med* 2005; 45(1):4-12.
34. Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, Magid DJ, Beck A, Conner D. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. *Eff Clin Pract* 2001; 4(2):49-57.
35. Aranaz Andres JM, Martinez Nogueiras R, Gea Velazquez de Castro MT, Rodrigo Bartual V, Anton Garcia P, Pajares FG. Why do patients use hospital emergency services on their own initiative? *Gac Sanit* 2006; 20(4):311-315.

---

Artigo apresentado em 14/08/2007

Aprovado em 13/12/2007

Versão final apresentada em 20/01/2008