

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

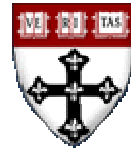


**TESE DE DOUTORADO**

**DEMANDA DO SERVIÇO DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA:  
CARACTERÍSTICAS E FATORES DE RISCO PARA O  
USO INADEQUADO**

**MARIA LAURA VIDAL CARRET**

**Pelotas, RS  
2007**



# **DEMANDA DO SERVIÇO DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA: CARACTERÍSTICAS E FATORES DE RISCO PARA O USO INADEQUADO**

**MARIA LAURA VIDAL CARRET**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

**Orientadora**

**ANACLÁUDIA GASTAL FASSA**

**Orientador do Estágio de Doutorado**

**ICHIRO KAWACHI**

**Pelotas, RS**

**2007**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

### PARECER

Considerando aprovada a Tese: "Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado, apresentada pela aluna Maria Laura Vidal Carret, a este Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, aos dezoito dias do mês de setembro de dois mil e sete, às dezessete horas, a Comissão Examinadora é de parecer que a candidata está habilitada a obtenção do grau de Doutor, pela Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, 19 de setembro de 2007.



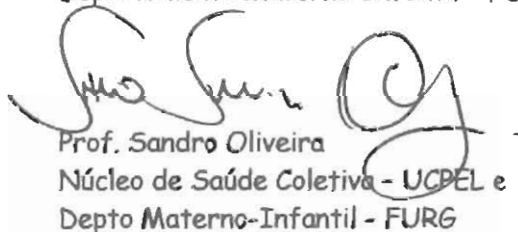
Prof<sup>a</sup>. Anaclaudia Gastal Fassa (Presidente)  
Depto de Medicina Social e  
PPG em Epidemiologia - UFPEL



Prof. Luiz Augusto Facchini  
Depto de Medicina Social e  
PPG em Epidemiologia - UFPEL



Prof. Raul Sassi  
Departamento Materno-Infantil - FURG



Prof. Sandro Oliveira  
Núcleo de Saúde Coletiva - UCPEL e  
Depto Materno-Infantil - FURG

## DEDICATÓRIA

*Dedico este volume aos três amores de minha vida, Dado, Matheus e Thiago.*

*Vocês foram, mais que minha inspiração, foram parte de minha ferramenta de trabalho.*

*É maravilhoso ter vocês ao meu lado.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pois Ele é meu caminho e minha vida.

A meu marido e filhos: o que dizer de pessoas que precisaram doar momentos importantes de suas vidas para que eu realizasse o meu sonho, sem saber muito bem para que tudo isso serviria.

A minha orientadora Anacláudia, que durante todos estes anos fui aprendendo a respeitar cada vez mais. Tu nem podes imaginar o quanto agradeço por teres acreditado, muitas vezes mais que eu mesma, na possibilidade de realizar meu sonho mais distante. Agradeço por ter tido o privilégio de conviver contigo e com toda tua família: Ana, Pedro e Gabriel, que hoje posso chamar de amigos.

Ao Ichiro Kawachi, meu orientador no estágio de doutoramento na Harvard School of Public Health, Boston, Estados Unidos, que com sua simpatia, me fez perder o medo da língua e ir ultrapassando mais essa barreira, dando suas sugestões para melhora de meu trabalho.

Aos meus pais, que sempre foram o exemplo de amor verdadeiro.

A grande família que tenho, pois faz do sonho de cada um de nós, o ideal de todos...como é fácil a caminhada com vocês.

A Dinda, tio Roberto, mãe e dona Carmen, que nos presentearam com suas presenças vivas no ano mais importante de nossas vidas. E, aos meus irmãos, cunhados, sobrinhos e “agregados” que estiveram tão próximos e disponíveis, mesmo quando distantes.

A ti Pati, minha querida sobrinha e uma amiga que certamente poucos têm. Nunca esquecerei tua dedicação.

Aos amigos maravilhosos que tive a graça de fazer em Boston: cada um de vocês, mesmo sem saber, foram enviados de Deus na minha vida e de minha família.

Aos professores e funcionários do Centro de Pesquisa em Epidemiologia que fizeram parte desta conquista, especialmente à Fátima, Mercedes e Margarete que auxiliaram quando necessário.

A todos os entrevistadores, digitadores e auxiliares de pesquisa que foram incansáveis, mesmo num local tão pouco familiar como o Pronto Socorro; em especial à Vera, pelo auxílio neste trabalho de campo.

Aos pacientes e seus familiares, que mesmo com problemas de saúde, deram sua contribuição para que juntos possamos melhorar a saúde da população.

A todos aqueles que de uma forma ou outra puderam contribuir com esta conquista.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro em meu doutorado no exterior.

À Prefeitura Municipal de Pelotas (SMS) pelo apoio à realização de minha formação no exterior.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b>	5
<b>SUMÁRIO</b>	7
<b>APRESENTAÇÃO</b>	12
<b>PROJETO DE PESQUISA</b>	15
1. Introdução	18
2. Justificativa	26
3. Marco Teórico	29
4. Objetivos	32
4.1. Objetivo geral	32
4.2. Objetivos específicos	32
5. Hipóteses	33
6. Metodologia	35
6.1. Delineamento	35
6.2. População alvo	35
6.3. Critérios de inclusão	35
6.4. Critérios de exclusão	36
6.5. Cálculo do tamanho de amostra	36
6.6. Instrumento	37
6.7. Principais variáveis a serem coletadas	37
6.8. Seleção e treinamento dos entrevistadores	43
6.9. Logística	43
6.10. Estudo piloto	44
7. Controle de qualidade	45

8. Processamento dos dados	46
9. Análise de dados	46
10. Material	48
11. Aspectos éticos	48
12. Cronograma	49
13. Divulgação dos resultados	50
14. Orçamento	50
15. Referências bibliográficas	51
16. Tabela	55
17. Estrutura dos artigos propostos	59
<b>RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO</b>	62
1. Introdução	63
2. Instrumentos	63
2.1. Questionário	63
2.2. Manual de Instruções	64
2.3. Folha de Listagem	64
2.4. Ficha de Perdas, Recusas e Exclusões	64
2.5. Carta de Apresentação	65
3. População do estudo	65
4. Pessoal envolvido	65
5. Estudo Pré-piloto	66
6. Seleção e treinamento dos entrevistadores	67
7. Estudo piloto	68
8. Logística do trabalho de campo	69



9. Codificação	71
10. Digitação	71
11. Característica de exclusões, perdas e recusas	71
12. Conclusão	72
<b>ARTIGOS</b>	
<b>ARTIGO 1</b>	74
1. Introdução	77
2. Método	79
3. Resultados	83
4. Discussão	87
5. Referências bibliográficas	93
6. Tabelas	97
<b>ARTIGO 2</b>	102
1. Background	106
2. Methods	108
3. Results	113
4. Discussion	116
5. Conclusions	120
6. References	123
7. Tables	126
<b>ARTIGO 3</b>	130
1. Introdução	134
2. Método	135
3. Resultados	137

4. Discussão	147
5. Referências bibliográficas	153
6. Tabelas	160
<b>COMUNICADO À IMPRENSA</b>	173
<b>ANEXOS</b>	178
Anexo 1 – Questionário e Folha das faces	180
Anexo 2 – Manual de instruções	192
Anexo 3 – Folha de listagem	226
Anexo 4 – Ficha de perdas, recusas e exclusões	228
Anexo 5 - Carta de Apresentação	230

# Apresentação

## APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, artigos, reportagem curta para ser divulgada na imprensa e anexos.

**Projeto de pesquisa:** O projeto de pesquisa intitulado “**Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores associados ao uso inapropriado**” foi defendido em 14 de junho de 2004, sendo a banca composta pelos professores Luiz Augusto Facchini e Raul Sassi. A versão apresentada nesta tese já inclui as modificações sugeridas pela banca examinadora.

**Relatório do trabalho de campo:** O relatório do trabalho de campo descreve, passo-a-passo, as principais atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo, com ênfase na confecção do instrumento, amostragem utilizada, seleção e treinamento dos entrevistadores, logística, coleta, supervisão, codificação e entrada de dados.

**Artigos:** Foram desenvolvidos durante o período do doutorado, três artigos:

**Artigo 1:** Características da Demanda do Serviço de Saúde de Emergência no Sul do Brasil (artigo submetido para publicação na Revista: Ciência & Saúde Coletiva).

**Artigo 2:** Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use (publicado no BMC Health Services Research).

**Artigo 3:** Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: Uma revisão sistemática Brasil (artigo submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública).

**Comunicação à imprensa (press-release):** relato dos principais achados do estudo apresentado na forma de reportagem para ser enviado aos órgãos da imprensa escrita do estado.

**Anexos:** Contém o questionário da pesquisa com figura utilizada para indicação do grau de satisfação com o serviço de saúde, manual de instruções, carta de apresentação, demais documentos utilizado no trabalho de campo.

Durante o curso de doutorado, realizei Estágio de Doutorado no Takemi Program in International Health na Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, EUA, no período de junho de 2005 a maio de 2006, onde tive a oportunidade de realizar alguns cursos na área de Saúde Pública.

# **Projeto de Pesquisa**



**Universidade Federal de Pelotas  
Departamento de Medicina Social  
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**

**DEMANDA DO SERVIÇO DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA:  
CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS AO USO  
INADEQUADO**

**PROJETO DE PESQUISA**

Doutoranda: MARIA LAURA VIDAL CARRET

Orientadora: ANACLAUDIA GASTAL FASSA

JUNHO, 2004

## **DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS**

SUS: Sistema Único de Saúde

NOB: Norma Operacional Básica 01/96

UBS: Unidade Básica de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

APAC: Autorização para Procedimento de Alta Complexidade

PSP: Pronto Socorro Público

SE: Serviço de Emergência

PSF: Programa de Saúde da Família

UCPEL: Universidade Católica de Pelotas

UFPEL: Universidade Federal de Pelotas

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

ANEP: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa

CID 10: Código Internacional de Doenças

PAUH: Protocolo de Adequação de Urgência Hospitalares



## **RESUMO**

**Introdução:** O serviço público de emergência é sobrecarregado e parte dessa demanda se deve ao uso inadequado, o qual deveria ser resolvido num nível de menor complexidade do sistema de saúde. Este fato tem sido identificado em várias partes do mundo, independente do tipo de sistema de saúde. Este problema aumenta custos e afeta negativamente a qualidade de serviço de emergência.

**Objetivo:** Investigar as características da demanda do serviço de emergência e os fatores associados com uso inadequado, com ênfase nos aspectos relacionados às limitações dos outros níveis de atenção.

**Metodologia:** Será desenvolvida uma revisão sistemática sobre as características da demanda inadequada do serviço de emergência. Também será realizado um estudo transversal da população de 15 anos ou mais, que utiliza o PSM de Pelotas. O questionário será aplicado pelo entrevistador, sendo a parte referente aos critérios de urgência, preenchido pelo médico socorrista. O uso inadequado do serviço de emergência será avaliado através do Protocolo de Adequação de Urgência Hospitalares (PAUH), o qual leva em consideração critérios de gravidade, de tratamento, de intensidade diagnóstica e outros.

**Relevância:** O conhecimento sobre os determinantes do uso inapropriado do serviço de emergência pode subsidiar intervenções capazes de ampliar o foco do atendimento de emergência nas queixas realmente urgentes, bem como, redirecionar os problemas não urgentes para serem atendidos no serviço básico de saúde. Além disso, pode contribuir para a reorganização da atenção ambulatorial, tanto na rede básica quanto de especialidades.

## 1. INTRODUÇÃO

O serviço público de emergência é sobrecarregado com problemas que poderiam ser resolvidos num outro nível de atenção, caracterizando o uso inadequado destes serviços. Esta situação diminui a rapidez e afeta negativamente a qualidade do atendimento de emergência e aumenta os custos com saúde.[1-3]

A população que costuma utilizar inadequadamente o serviço de emergência (SE) é vulnerável sob o ponto de vista médico e social, apresentando problemas interdependentes, tais como dificuldade de acesso à atenção básica e maior necessidade em saúde.[4]

A utilização do serviço de saúde tem sido tópico de interesse epidemiológico devido à necessidade de realizar reformas sociais e de propor políticas de saúde capazes de ampliar a equidade em saúde.[5] Sob o ponto de vista internacional, tem sido estudada a hierarquização dos distintos níveis assistenciais. Múltiplas análises da estrutura e processo assistencial apontam a atenção primária como pilar fundamental dos serviços de saúde, a qual, salvo em casos de urgência, deveria ser a porta de entrada do sistema, atendendo consultas preventivas, assistenciais e periódicas, com encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessário.[6]

No Brasil, desde o final da década de oitenta, tem havido um grande esforço para organizar o sistema público de saúde, de maneira a proporcionar um atendimento de forma integral à população.[7]

Em 1988, se iniciou a reforma do modelo assistencial público de saúde, sendo inscrita na própria Constituição brasileira daquele ano, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como diretrizes básicas a integralidade e a universalidade dos cuidados em saúde, equidade e intersetorialidade das atividades. Sob a lógica da hierarquização, o serviço de saúde é organizado em graus crescentes de complexidade,

de forma a potencializar a resolubilidade. Para isso é fundamental uma adequada regulação entre os níveis de atenção, com fluxos de referência e contra-referência estruturados que garantam a universalidade.[7-9]

Por universalidade, entende-se a disponibilidade de acesso a todos os níveis de assistência dos serviços de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Equidade se refere à possibilidade de igualdade da população na assistência à saúde, respeitando as diferenças nas situações de vida dos vários grupos populacionais que geram problemas de saúde específicos, bem como riscos e/ou exposição maior ou menor a determinadas doenças, acidentes e violências. Tal situação faz com que o sistema de saúde se organize de forma a atender estas especificidades, ou seja, situações desiguais devem ser tratadas desigualmente. Equidade é medida através do quanto as necessidades em saúde são atendidas. Integralidade da assistência diz respeito ao conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.[7, 9]

O manejo dos cuidados de saúde tem sido gradualmente descentralizado e transferido para o município de acordo com sua capacidade de execução, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, desta forma alcançando a municipalização plena da saúde e a regionalização da atenção.[7, 9]

Pelotas já maneja seus próprios recursos – Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB). Neste município, o acesso aos serviços de saúde não é o principal problema, uma vez que tem uma boa infra-estrutura em saúde. Os recursos financeiros existentes, assim como em outros municípios, além de insuficientes, são caracterizados por uma grande concentração nos cuidados hospitalares, em detrimento dos cuidados primários em saúde. Essa má distribuição dos

recursos resulta em aumento da iniquidade em saúde, uma vez que alcança menos os grupos mais vulneráveis. A cidade possui os três níveis de atenção à saúde, sendo o nível primário constituído pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o secundário formado por diversas especialidades médicas regulados pela central de marcação de consultas e central de exames especializados (APAC), e o terciário ou hospitalar que é regulado pela central de leitos. Conta também com um serviço de emergência.[9]

Entretanto, Pelotas enfrenta problemas no que se refere à qualidade de atenção à saúde, com dificuldade de acesso a exames complementares, medicamentos, hospitalizações e consultas com especialistas. Esta situação, como em muitas outras partes do mundo, contribui para que a cidade sofra com uma demanda excessiva no serviço de emergência, mesmo contando com uma boa estrutura física de atenção primária.[9] Assim, faz-se necessário estudar o papel das limitações dos outros níveis de atenção a saúde no uso inapropriado do serviço de emergência.

## **Pesquisa Bibliográfica**

A revisão bibliográfica enfocou a demanda do serviço público de emergência e os fatores de risco para seu uso inapropriado, no Brasil e no mundo.

As principais fontes de revisão bibliográfica foram Pubmed, Medline, Scielo e Lilacs. Medline é a principal base de dados da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, incluindo todas as referências do Index Medicus. Lilacs é uma base de dados latino-americano que inclui teses e dissertações.

Utilizando-se como palavras chaves:

- demand emergency health service AND epidemiology
- demand emergency health department AND epidemiology
- demand emergency medical service AND epidemiology
- demand emergency medical department AND epidemiology

Os resultados da revisão bibliográfica podem ser vistos no Quadro 1.

**Quadro 1** – Resultados da busca bibliográfica

Base de dados	Total artigos	Relevantes
Medline	1665	31
Lilacs	24	4
Total	1689	35

Realizou-se também pesquisa em páginas da rede eletrônica da Internet, principalmente para obter publicações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, onde foi identificado material sobre o sistema de saúde.

Os critérios de inclusão dos artigos foram os seguintes: revisão nas principais fontes já referidas utilizando as palavras chaves, além de solicitação de alguns artigos de interesse citados na referência bibliográfica ou relacionados aos artigos lidos. Foram utilizados apenas artigos redigidos em português, espanhol e inglês. Enfatizou-se a busca de artigos de países cujos serviços de saúde são predominantemente públicos, para que a revisão contemplasse artigos sobre sistemas de saúde semelhantes ao do Brasil.

### **Revisão Bibliográfica**

O conceito de uso inadequado do serviço de emergência (SE) encontrado na bibliografia é bastante variado, podendo estar relacionado com a duração do sintoma principal, o tempo requerido para intervenção médica, o risco de morte, a necessidade de recursos não disponíveis na atenção básica de saúde e a percepção de urgência referida pelo paciente[1-3, 10-22]. A tabela 1 apresenta um resumo dos principais artigos sobre uso inadequado do SE mostrando a prevalência do problema e seus fatores determinantes. Estudos que classificaram a demanda não urgente como consulta programável, ou seja, consulta eletiva que não necessita de assistência imediata, dentro de 24 horas, encontraram prevalência de consultas inadequadas entre 32,5 a 67%. [1, 11, 13] Entre 75 a 91% das consultas que chegaram ao SE poderiam ser resolvidas na atenção básica.[1, 2, 10]

Um estudo cubano observou que 32,5% da demanda do SE tinha característica de não-urgência, podendo ser resolvido em consultas eletivas, 52,1% das urgências poderiam ser resolvidos no nível básico e apenas 15,4% permaneceram em observação ou foram hospitalizados.[1, 6] No Brasil, outro estudo encontrou que 39% das consultas poderiam ser programadas, 46% eram urgência e 15% eram emergência. Como conduta,

73% dos pacientes foram encaminhados para o domicílio ou serviço especializado, 10% ficaram na sala de observação e apenas 5% necessitou internação.[23]

A observação da tendência da demanda do SE americano na década de noventa mostrou um aumento das consultas de emergência e diminuição das consultas não urgentes. O total de consultas nesse serviço aumentou, diminuiu o número de serviços que prestam esse tipo de atendimento, embora o número de leitos e a área física para o atendimento tenham melhorado.[11] Esse aumento da demanda de emergência com queixas realmente urgentes está associado com aumento da expectativa de vida da população e maior número de pacientes com queixas múltiplas e complexas, o que determina maior tempo de permanência no SE, diminuindo a capacidade de atendimento, mesmo com aumento do número de leitos disponíveis.[24, 25]

O serviço de emergência exerce grande poder de atração pelo fato de atender casos graves, gerando na população a idéia de que presta um atendimento seguro, rápido e eficaz. Tal fato, associado à insatisfação com a atenção básica em saúde, leva a sobrecarga nesses serviços.[6, 25] Esta sobreutilização determina retardo na busca por atendimento em casos realmente urgentes, aumento do tempo em sala de espera, ambiente terapêutico desagradável, stress para os profissionais que trabalham nesse local, maus resultados clínicos e aumento dos custos com a saúde.[24] O custo com a saúde esta intimamente relacionado com os gastos hospitalares, os quais, concentram 70% dos gastos com saúde no Brasil.[23]

Estudos de intervenção [14, 26] sob populações com maior risco de utilização do serviço de emergência, com ênfase na educação em saúde e manejo de suas doenças crônicas, indicaram que o grupo intervenção teve menor número de consultas nos serviços de emergência. Apenas um estudo multicêntrico, com pacientes inicialmente

hospitalizados teve maior número de readmissões mensais no grupo intervenção, embora estes estivessem mais satisfeitos com sua saúde.[27]

O dia da semana com maior demanda geral no serviço de emergência é o primeiro dia depois do fim de semana, sendo o horário das 9:00 às 12:00 horas o período de maior movimento.[2, 22, 28] Consultas não urgentes ocorrem principalmente durante o dia e as de emergência ocorrem mais no turno da noite.[1, 3]

Os fatores associados ao uso do serviço de emergência, de uma forma geral, são baixo nível socioeconômico, pessoas que consultam por conta própria, que usaram o ônibus como meio de locomoção até o serviço de emergência, principalmente em horário de trabalho, sem diferença entre os sexos, com tendência a aumento da utilização entre mulheres de 41 a 50 anos.[1, 3, 13, 28-30] Estudo realizado na Jordânia encontrou associação do sexo masculino com a utilização do serviço de emergência, o que provavelmente refere-se a características culturais do país que levam a discriminação no acesso de mulheres.[2] Pessoas sem um médico definido e sem seguro de saúde tem maior risco de demorar a procurar cuidado médico quando necessário.[31] Os principais motivos de consulta variam muito entre os estudos além de depender dos critérios de exclusão. O estudo de Rodrigues encontrou os sinais e sintomas mal definidos e as alterações do aparelho locomotor e conjuntivo como motivos mais freqüentes de consulta.[6] Já o estudo de Abdallat identificou as patologias torácicas e abdominais como principais motivos de consulta em adultos.[2]

Segundo a literatura, os fatores associados à procura pelo serviço de emergência com queixa realmente urgente são os extremos de idade, maior educação e nível de renda, fora do horário de trabalho, ter médico definido, que consultam no serviço de atenção primária à saúde, que vão de carro até o local de atendimento e referem bom estado de saúde prévio [1, 3, 10, 13, 21] Por outro lado, as consultas não urgentes



ocorrem principalmente durante o dia, entre jovens, mulheres, não brancos, baixo nível socioeconômico, menor nível de educação, desempregados ou que tem muito tempo livre, que consultam por iniciativa própria, sem médico definido, que identificam o departamento de emergência como seu local habitual de consulta, que moram perto do serviço de emergência, consideram-se com mau ou regular estado de saúde e que tem experiência de longas esperas na tentativa de consulta na atenção básica à saúde.[1-3, 10, 16, 18, 19, 22, 32, 33] Um estudo realizado no Kuwait encontrou associação do uso inadequado do serviço emergência com maior nível educacional. Este achado pode refletir a característica cultural do país onde pessoas mais educadas têm mais contatos com pessoas influentes capazes de atuar como facilitadores do acesso a emergência.[20]

Independentemente do sistema de saúde ser predominantemente público ou privado, os fatores associados à demanda do serviço de emergência em diferentes países são semelhantes.[2, 3, 10, 13, 16-20, 29, 33] O tipo de sistema de saúde adotado pelos países funciona como 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.[32]

O conhecimento dos principais fatores que determinam a utilização inadequada do serviço de urgência tornará possível reformular a política de saúde com base em dados epidemiológicos.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O fenômeno da procura por serviços de emergência com queixas não urgentes tem sido um problema mundial, tanto em países com predominância de sistema público de saúde, como Inglaterra e Suécia, quanto em países onde existe seguro privado.[20] A dificuldade de organizar a demanda deste nível de atenção à saúde, dificulta o acesso das situações realmente urgentes, assim é importante conhecer os reais motivos desta inadequação. Estes serviços têm como característica atender casos graves e custo alto em saúde, bem como, a falta de continuidade no atendimento prestado que leva a baixa adesão ao tratamento e solicitações de exames desnecessárias.[1, 20, 23]

Por outro lado, o nível básico de atenção à saúde, quando eficiente e resolutivo, promove o atendimento continuado, melhorando a relação médico-paciente, facilitando a educação em saúde e aumentando a adesão ao tratamento, reduzindo assim a prevalência de morbidades, as internações hospitalares e o número de exames solicitados.[23, 31, 32] Deste modo, serviços de atenção básica de boa qualidade e de fácil acesso deveriam diminuir a busca inadequada do atendimento de emergência, reduzindo custos.

O município de Pelotas possui 50 unidades básicas de saúde (UBS) com função de porta de entrada do sistema de saúde, com pelo menos um médico, um auxiliar de enfermagem, uma recepcionista e uma servente em cada unidade. Até maio de 2004, quinze UBS já implantaram o Programa de Saúde da Família (PSF), dispondo de 25 equipes de PSF. A cidade conta com um razoável serviço de atendimento especializado ou nível secundário e quatro hospitais ou nível terciário. O município tem também um serviço de emergência – Pronto Socorro Público (PSP), que faz atendimento local e regional.[9]

O PSM está localizado nas instalações do Hospital Universitário São Francisco de Paula / Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), sendo que o Gestor do serviço é a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com a UCPEL, a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e a Santa Casa de Misericórdia. O serviço de urgência conta com 32 médicos socorristas, pediatras e cirurgiões, 7 neurologistas, 2 cirurgiões vasculares, 2 cirurgiões torácicos, 10 enfermeiras, 40 auxiliares de enfermagem, 4 ambulâncias, 9 recepcionistas e 15 auxiliares administrativos. Atende em média 210 pessoas/dia. [9]

Apesar da infra-estrutura disponível em todos os níveis de atenção o problema do uso inadequado do serviço de emergência permanece. Assim, faz-se necessário avaliar além dos fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais, o papel das limitações de acesso, qualidade e referência e contra-referência dos outros níveis de complexidade do sistema de saúde no uso inadequado do serviço de emergência.[4]

O fato de Pelotas ter um único serviço de emergência que atende a demanda de SUS do município, além da maioria dos planos de saúde local, permitirá abranger a grande maioria da população que busca atendimento de emergência.

Com este estudo serão identificados as características da demanda do serviço de emergência e os motivos que levam alguns pacientes a utilizarem de forma inadequada este nível de atenção à saúde. Estes conhecimentos têm como potenciais benefícios à redução inadequação da emergência redirecionando-a para níveis de atenção mais adequados a complexidade dos problemas apresentados.

Além disso, o conhecimento sobre os motivos que levam os pacientes superutilizadores do serviço de emergência a não consultarem nos níveis de atenção mais adequados permitirão corrigir problemas apresentados na atenção básica e

secundária. Estas ações devem aumentar a eficiência do sistema de saúde e ampliar o acesso e a qualidade do serviço.

### 3. MARCO TEÓRICO

Vários fatores poderiam levar a procura do serviço de emergência ao invés do serviço de atenção primária a saúde, como, por exemplo, poder consultar no mesmo dia ou possibilidade de fazer exames complementares e acreditar que, por ser um lugar capaz de resolver problemas complexos, é capaz de resolver qualquer problema de saúde.[6] Neste processo, os pacientes subestimam a importância do cuidado continuado em saúde, não compreendendo que isso resulta em excesso de uso de medicamentos e de exames complementares, além de focalizar o atendimento na queixa principal, sem uma visão global do motivo pelo qual o paciente procurou um atendimento, desprezando o verdadeiro conceito de saúde. Este uso inadequado da emergência é um dos motivos da sobreutilização deste serviço, determinando diminuição da qualidade do atendimento prestado aos casos realmente urgentes.[12]

A definição de consulta de urgência é bastante controversa, dependendo do contexto cultural em que o estudo é realizado.[13] Tal fato dificulta o estabelecimento de critérios para a utilização do serviço de emergência. A demanda do serviço de emergência pode ser classificada como emergência, urgência e não urgência.

Emergência é todo problema patológico que compromete a vida do paciente, algum órgão ou parte essencial de seu organismo, com risco real potencial, que requer medidas condicionais imediatas. Urgência é o problema patológico que de acordo com a evolução de sua gravidade, pode por em perigo a morte do paciente em tempo imediato, ou seja, em até 24 horas. Não urgência é o problema patológico que não põem em risco a vida do paciente a nível imediato.[11] O estudo considera demanda urgente situações que preenchem os critérios de emergência e urgência, e demanda não urgente os que atendem ao critério de não urgência.

A procura de serviço de emergência com queixas não urgentes está associada a fatores demográficos, econômicos, comportamentais e sociais.[10, 18, 24] Além disso, o uso inadequado do serviço de emergência poderia estar relacionado a uma falta de acolhimento das necessidades em saúde dos diferentes grupos sociais, particularmente os de mais baixo nível socioeconômico, por parte dos outros níveis de atenção à saúde, bem como um sistema de referência e contra-referência ineficiente.[25] A demora entre a busca por uma ficha e a consulta propriamente dita, a dificuldade para realização de exames solicitados, a indisponibilidade de medicamentos para resolver a queixa do paciente, o gargalo existente na busca por especialista e hospitalização, quando indicados pelo profissional da unidade de saúde são alguns dos prováveis motivos para que ocorra uma demanda inadequada no PSM. Outros problemas como a falta de cumprimento do horário de trabalho por parte dos profissionais de saúde da UBS, o fato de algumas unidades não abrirem em alguns turnos por falta de profissionais, a troca de profissionais de uma UBS para outras, sem a criação de vínculo com a comunidade, também podem favorecer essa inadequação.

As necessidades em saúde são as variações no estado de saúde de um indivíduo que podem levá-lo a busca de cuidado. A necessidade em saúde pode ser medida através de informações médicas diretas ou por registros médicos, ou por informações do paciente, como auto-percepção em saúde, número de sintomas referidos, número de doenças crônicas e número de dias perdidos por causa dos sintomas.[32]

A necessidade em saúde determina a demanda que por sua vez leva à utilização do serviço. Sabe-se que a utilização do serviço de saúde é a interação entre oferta (acesso) e demanda, podendo ser afetada pela acessibilidade temporal, ou seja, o tempo em que o serviço permanece aberto e tempo de espera para receber atendimento e, acessibilidade econômica que esta relacionada com o gasto até chegar ao serviço de saúde, o custo

com medicamento entre outros. Além disso, ter um médico definido é o fator que mais facilita o acesso a serviço de saúde, sendo um marcador da qualidade da atenção. A relação entre a necessidade em saúde e a utilização do serviço é indicador do grau da equidade no sistema de saúde.[32, 34]

A satisfação com o serviço afeta a utilização, podendo haver causalidade reversa nessa associação, pois quem teve boa experiência com o serviço, sente-se mais satisfeito, e quem está satisfeito utiliza mais o serviço.[32]

Os fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais determinam diferentes necessidades em saúde. Estas necessidades em saúde vão gerar uma demanda para o serviço que quando acolhida levará à utilização de serviços de saúde. O acesso aos diferentes níveis do serviço de saúde e a qualidade da atenção vão determinar o grau de adequação do uso de serviços de saúde de emergência.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral**

Caracterizar a demanda do serviço público de emergência e os fatores associados ao seu uso inadequado, na população de 15 anos ou mais de Pelotas.

### **4.2. Objetivos Específicos**

1. Descrever a característica da população e os principais diagnósticos na consulta no serviço público de emergência.
2. Avaliar a prevalência do uso inadequado desse serviço.
3. Identificar os principais motivos que levam as pessoas utilizarem esses serviços de forma inadequada.
4. Medir a associação entre os fatores socioeconômicos, demográficos e de comportamento com o uso inadequado desses serviços.
5. Identificar a associação entre nível de necessidade em saúde medida através da autopercepção em saúde e do número doenças crônicas e uso inadequado do serviço público de emergência.
6. Avaliar a associação entre acesso à atenção básica e uso inadequado do serviço público de emergência.
7. Avaliar a associação entre indicadores de qualidade do serviço de atenção básica e seus serviços de apoio e uso inadequado do serviço de emergência.
8. Examinar a associação entre efetividade do sistema de referência com uso inadequado do serviço público de emergência
9. Avaliar a associação entre satisfação do usuário com o serviço de atenção básica e o uso inadequado do serviço público de emergência



## 5. HIPÓTESES

1. A população que utiliza o SE são pessoas de menor nível socioeconômico, com mais co-morbidades e possui menor acesso à atenção básica de saúde. Os principais diagnósticos na demanda de usuários do PSM são sinais e sintomas mal definidos e sintomas respiratórios, com prevalências em torno de 20 e 19%, respectivamente.
2. Em torno de 40% das consultas no PSM são consultas não-urgentes ou programáveis.
3. Os principais motivos para uso inadequado do serviço de emergência são: acreditar na sua maior resolubilidade, possibilidade de fazer exames no momento da consulta, por não conseguir marcar consulta na unidade básica de saúde.
4. Os indivíduos que fazem uso inadequado do serviço de emergência são principalmente jovens, mulheres, baixo nível econômico, desempregados e que consultam por conta própria ou encaminhados por familiar.
5. Indivíduos com má ou regular autopercepção de saúde e ausência de doenças crônicas, utilizam mais inadequadamente o serviço público de emergência.
6. A dificuldade em conseguir uma consulta no serviço de atenção básica demonstra a dificuldade de acesso a esse nível, o que determina maior inadequação da demanda do serviço público de emergência.
7. Não ter local definido para consultar e não ter médico definido, experiência de longos períodos de espera para conseguir uma consulta, não ter conseguido os medicamentos na UBS ou gasto com medicamentos na última consulta, não realização de exames complementares solicitados na UBS, determinam má

qualidade do serviço de atenção básica e seus serviços de apoio e aumentam o uso inadequado do serviço de emergência.

8. Pacientes encaminhados por médicos tem menos inadequação de uso do serviço de emergência.
9. Indivíduos satisfeitos com o atendimento prestado na atenção básica utilizam de forma mais adequada o serviço de emergência.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1. Delineamento**

Será realizado um estudo transversal para avaliar a prevalência e os principais fatores determinantes da utilização inadequada do serviço de emergência na população de Pelotas. O delineamento transversal, além de ser relativamente barato e rápido, é um bom delineamento para estudo de prevalência de desfechos comuns, permitindo avaliar múltiplos fatores de risco. Entretanto em algumas situações este delineamento dificultará o estabelecimento do direcionamento das associações estudadas. [35]

### **6.2. População Alvo**

Pelotas é uma cidade de médio porte do Sul do Brasil, com 5,8% de analfabetismo [36], 91,1% dos domicílios possuem água encanada, 42% são servidos por rede de esgoto.[9] A população urbana de Pelotas é de 323.158 habitantes, sendo 47,5% homens, 93,2% vivendo na zona urbana, com uma proporção de 65% de pessoas na faixa etária estudada. A taxa de crescimento anual projetada pelo IBGE é de 1,5 ao ano.[36] A população do estudo será constituída por indivíduos com 15 anos ou mais, de ambos os sexos, que procurarem o serviço municipal de emergência durante o período do estudo.

### **6.3. Critérios de inclusão**

Indivíduos com 15 anos ou mais, de ambos os sexos, que consultarem no serviço municipal de emergência.

#### 6.4. Critérios de exclusão

Indivíduo com dificuldade de comunicação, anterior à atual consulta, como por exemplo, deficiente mental.

#### 6.5. Cálculo do tamanho da amostra

A amostra para este estudo foi calculada no programa Epi Info [37] e baseou-se no maior número de sujeitos necessários para estudar a prevalência de consultas não urgentes no PSM e os fatores associados. A amostra para o estudo de prevalência (Quadro 2) levou em conta 40% de prevalência de consultas não urgentes no PSM e uma margem de erro de 3 pontos percentuais [13, 21].

**Quadro 2.** Cálculo do tamanho de amostra para estudo de prevalência.

Nível de significância	Prevalência esperada	Erro	Total	Amostra final*
95%	30	3	893	982
95%	40	3	1019	1121
95%	50	3	1062	1168

\* Acrescentou-se 10% para controle de perdas

Para estudo da associação (Quadro 3) entre os fatores de risco para consultas não urgentes no PSM foram utilizados os seguintes parâmetros:

**Quadro 3.** Cálculo do tamanho de amostra para estudo de associação.

Fatores associados	Nível de significância	Poder estatístico	Razão exposto/ não exposto	RR	Prevalência doença nos não expostos	Total	Amostra final*
Idade	95%	80%	5:1	1,35	30%	1249	1580
Nível escolaridade	95%	80%	5:1	1,4	30%	972	1230
Médico definido	95%	80%	4:1	1,5	30%	555	702

\* Acrescentou-se 15% para controle de fatores de confusão, 10% para controle de perdas.

## 6.6. Instrumentos

Será utilizado um questionário aplicado por entrevistador, para investigar o desfecho e as variáveis independentes.

## 6.7. Principais variáveis a serem coletadas

**Quadro 4.** Variáveis demográficas, Pelotas, RS, Brasil, 2004

Variáveis demográficas	Características	Tipo
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Sexo	Masculino/ feminino	Catégorica binária
Cor	Branco/ não branco	Catégorica binária
Status conjugal	Ter companheiro: sim/ não	Catégorica binária
Local de residência	Nome do bairro	

**Quadro 5.** Variáveis socioeconômicas. Pelotas, RS, Brasil, 2004

<b>Variáveis socioeconômicas</b>	<b>Características</b>	<b>Tipo</b>
Nível econômico [38]	Nível A, B, C, D e E	Categórica ordinal
Escolaridade	Nº de anos completados	Numérica discreta
Status ocupacional	Trabalha: sim/ não	Categórica binária
Desemprego	Está procurando emprego: sim/ não	Categórica nominal
Duração do desemprego em meses	Nº de meses	Numérica Discreta
Meio de transporte para ir até o PSM		Categórica Nominal

**Quadro 6.** Variáveis comportamentais, Pelotas, RS, Brasil, 2004

<b>Variáveis comportamentais</b>	<b>Características</b>	<b>Tipo</b>
Tempo livre medido por:		
Frequência atual à escola	Sim/ não	Categórica binária
Número de horas semanais de trabalho	Nº de horas	Numérica Discreta
Tabagismo	Fumante atual, ex-fumante e não fumante	Categórica ordinal
CAGE	Sim/ não	Categórica binária

**Quadro 7.** Variáveis relacionadas com necessidades em saúde, Pelotas, RS, Brasil, 2004

<b>Estado de saúde</b>	<b>Características</b>	<b>Tipo</b>
Autopercepção de saúde	Excelente, boa, regular e pobre	Categórica ordinal
Lista de doenças crônica (diabete, hipertensão e outras)	Sim/ não	Categórica binária

**Quadro 8.** Variáveis de utilização da atenção básica, Pelotas, RS, Brasil, 2004

<b>Variáveis de utilização da atenção básica de saúde</b>	<b>Características</b>	<b>Tipo</b>
Procura por assistência antes de vir ao PSM	Sim/ não	Categórica binária
Motivo de não ter consultado na UBS		Categórica nominal
Turno de funcionamento da UBS	Manhã/ tarde/ manhã e tarde/ manhã, tarde e noite	Categórica nominal
Ultima consulta em UBS	meses	Numérica discreta
Tempo que decorreu entre solicitação de consulta até a consulta propriamente dita na última vez que solicitou	Nº de dias	Numérica discreta
Fornecimento do medicamento na UBS na última consulta	Sim/ não	Categórica binária
Compra do medicamento receitado	Sim/ não	Categórica binária
Realização do último exame solicitado na UBS	Sim/ não	Categórica binária
Tempo decorrido entre a solicitação do último exame e a sua realização	Nº de dias	Numérica discreta
Médico definido	Sim/ não	Categórica binária
Nome do médico definido	Sabe o nome: Sim/ não	Categórica binária
Visita nos últimos 12 meses	Sim/ não	Categórica binária
Local definido de consulta	Sim/ não	Categórica binária
Local definido de consulta	UBS, ambulatório conveniados ao SUS, clínica privada, serviço de emergência	Categórica nominal
Plano de saúde	Sim/ não	Categórica binária

**Quadro 9.** Variável de satisfação com a atenção básica de saúde, Pelotas, RS, Brasil, 2004

<b>Estado de saúde</b>	<b>Características</b>	<b>Tipo</b>
Satisfação com a atenção básica de saúde	Muito satisfeita/ satisfeita/ pouco satisfeita/ não está satisfeita	Categórica ordinal

**Quadro 10.** Variáveis de utilização do serviço de emergência, Pelotas, RS, Brasil, 2004

<b>Variáveis de utilização do serviço de emergência</b>	<b>Características</b>	<b>Tipo</b>
Turno em que consultou	Manhã/ tarde / noite	Categoria nominal
Dia da semana que consultou	Dia da semana	Categórica nominal
Tempo decorrido em sala de espera na tentativa de consulta	Nº de horas	Numérica discreta
Número de sintomas referidos durante a consulta	Nº de sintomas	Numérica discreta
Motivo da consulta	CID 10	Categórica nominal
Número de dias perdidos por causa do sintoma principal.	Nº de dias	Numérica discreta
Quem encaminhou ao SE	Médico, por conta própria ou orientada outra pessoa	Categórica nominal



**Quadro 11.** Variáveis para a construção do desfecho, Pelotas, RS, Brasil, 2004

Variável do desfecho	Características	Tipo
<b>Critérios de gravidade</b>		
Perda de consciência, desorientação, coma, insensibilidade (aguda ou muito recente)	Sim/não	Categórica binária
Perda brusca de visão ou audição	Sim/não	Categórica binária
Alterações de pulso (<50 ou > 140 pulsações por minuto) ou arritmias	Sim/não	Categórica binária
Alterações de pressão arterial (sistólica: <90 / >200 e diastólica: <60 / 120 mmHg)	Sim/não	Categórica binária
Alterações de eletrólitos ou gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crônicas desses parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.)	Sim/não	Categórica binária
Febre persistente (5 dias), não controlada com tratamento em atenção primária	Sim/não	Categórica binária
Hemorragia ativa: hematêmese, epistaxe, melena, etc.	Sim/não	Categórica binária
Perda brusca da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	Sim/não	Categórica binária
<b>Critérios de tratamento</b>		
Administração de medicação ou fluido endovenoso (exceto para manter veia)	Sim/não	Categórica binária
Administração de oxigênio	Sim/não	Categórica binária
Colocação de gesso (exceto ataduras)	Sim/não	Categórica binária
Intervenção/ procedimento realizado em bloco cirúrgico	Sim/não	Categórica binária
<b>Critérios de intensidade diagnóstica</b>		
Monitorização dos sinais vitais de forma constante a cada 2 horas	Sim/não	Categórica binária
Radiografia de qualquer espécie	Sim/não	Categórica binária
Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que consultam por motivos não relacionados com a diabetes)	Sim/não	Categórica binária
Eletrocardiograma (exceto por cardiopatias conhecidas que consultam por motivos não relacionados com a cardiopatia)	Sim/não	Categórica binária

<b>Outros critérios</b>		
Paciente a mais de 12 horas em observação no serviço de emergência	Sim/não	Categórica binária
Paciente hospitalizado ou transferido para outro hospital	Sim/não	Categórica binária
Outras situações especiais (especificar)	Sim/não	Categórica binária
<b>Critérios aplicados somente a pacientes que consultaram espontaneamente</b>		
Proveniente de um acidente (tráfico, trabalho, em lugar público, etc) e que necessite avaliar o paciente	Sim/não	Categórica binária
Sintomas que sugerem urgência vital_ dor torácica, de instalação rápida , tiragem, dor abdominal aguda	Sim/não	Categórica binária
Quadro conhecido pelo paciente e que habitualmente requer internação.	Sim/não	Categórica binária
O médico do paciente orientou que procurasse o serviço de urgência em caso de aparecimento do sintoma	Sim/não	Categórica binária
Requer atenção médica rápida e o hospital é o local mais certo	Sim/não	Categórica binária
Outras consultas espontâneas de urgência(especificar)	Sim/não	Categórica binária

### **Caracterização do desfecho**

O uso inadequado do serviço de emergência será avaliado levando em consideração os critérios do Protocolo de Adequação de Urgência Hospitalares (PAUH).[22] Esta definição não questiona a pertinência médica dos cuidados prestados no serviço de emergência e, por tanto, assume como uso adequado aquele caso em que foi necessário uma intervenção de urgência, mesmo que desnecessária sob ponto de vista clínico. Será considerada consulta de urgência os casos que preencherem pelo menos um dos critérios do quadro acima - Quadro 11.

## **6.8. Seleção e treinamento dos entrevistadores**

A seleção dos candidatos será realizada, através de inscrição, com preenchimento de ficha contendo dados pessoais, dando preferência a pessoas com segundo grau completo, que não estejam cursando a faculdade, com disponibilidade de tempo integral para realização do trabalho de campo e que já tenham experiência em atividades de pesquisa. Além disso, será realizada entrevista para avaliar a habilidade de comunicação dos candidatos. Serão selecionadas 9 entrevistadores para trabalharem durante o dia e 4 entrevistadores para trabalhar durante a noite.

O treinamento será desenvolvido em três etapas: leitura do questionário e manual de instruções, dramatização da entrevista com abordagem de situações problema e entrevistas acompanhadas. A última fase do treinamento constará de um estudo piloto.

## **6.9. Logística**

Durante vinte e um dias, será realizada uma amostra sistemática de todos os pacientes com 15 anos ou mais que consultarem no serviço de emergência. Assim, o estudo terá uma amostra representativa dos pacientes que consultam no serviço em todos os dias da semana e em todos os turnos.

Os entrevistadores que trabalharem durante o dia serão divididos em três duplas, que farão rodízio, semanalmente, durante os seguintes horários: turno da manhã de segunda-feira a sábado, turno da tarde de segunda-feira a sábado e durante as 12 horas do dia de domingo. Os entrevistadores contratados para o turno da noite, serão divididos em duas duplas que trabalharão em noites alternadas.

Ao ser registrado no serviço de emergência cada paciente receberá um número que indicará a ordem de chegada e, a cada três pacientes, um será sujeito do estudo. Quando

o paciente amostrado for inelegível para o estudo este será substituído pelo paciente seguinte. Espera-se que em média sejam realizados 72 questionários durante as 24 horas do dia. Aquele paciente que por qualquer motivo não puder terminar de responder o questionário no momento da consulta, será contatado dentro de no máximo uma semana, para completar o questionário. Os contatos poderão ocorrer através de visitas hospitalares ou domiciliares ou em situações especiais por telefone.

O próprio entrevistador coletará informação da ficha de atendimento, sendo que o questionário utilizado para caracterização do desfecho será preenchido pelo socorrista, logo após o atendimento do entrevistado.

Serão consideradas como perdas ou recusas, aqueles casos em que não for possível a realização da entrevista após três tentativas com entrevistadores diferentes.

#### **6.10. Estudo Piloto**

O estudo piloto será realizado no fim de junho, com objetivo de testar o instrumento e detalhar a logística da pesquisa.

## **7. CONTROLE DE QUALIDADE**

A supervisão do trabalho de campo será realizada pela autora. Ocorrerão reuniões da supervisora, com ajuda de uma auxiliar, com as entrevistadoras ao final de cada turno para esclarecer dúvidas e recolher os questionários do dia anterior. A auxiliar de pesquisa irá receber os questionários ao final de cada turno e fazer a primeira revisão da codificação dos questionários, na tentativa de corrigir de imediato qualquer problema que possa surgir. Os entrevistadores deverão apresentar uma planilha com lista dos indivíduos inelegíveis para o estudo, com endereço e telefone e motivo da inelegibilidade.

Paralelamente ao trabalho de campo, a supervisora realizará a revisão dos questionários entregues, examinando se todas as questões estão respondidas e se as respostas são consistentes. Questionários com problemas serão avaliados pela supervisora do estudo para definir se o entrevistador deverá ir ao domicílio para sanar o problema ou se outro tipo de encaminhamento será recomendado.

A supervisora também realizará o controle de qualidade das entrevistas reaplicando parcialmente, por telefone ou no domicílio, 5% dos questionários de cada entrevistador. Posteriormente será calculado o Índice de Kappa, para verificar a repetibilidade dos dados.

## **8. PROCESSAMENTO DOS DADOS**

Os dados serão codificados, revisados, digitados, limpos, editados e analisados pela equipe de trabalho. A codificação dos questionários será realizada pela entrevistadora e a supervisora e a auxiliar de pesquisa farão a revisão da codificação e a limpeza dos dados.

O programa Epi Info.[37] será usado para a entrada dos dados, que serão digitados duas vezes para posterior comparação e correção de uma das digitações. A edição, limpeza e análise dos dados será realizada no pacote estatístico STATA.[39]

## **9. ANÁLISE DE DADOS**

A análise dos dados será realizada através de uma abordagem hierarquizada, conforme Modelo de Análise apresentado na figura 1, sendo o desfecho, a demanda do serviço de emergência, uma variável dicotômica, com as categorias urgência e não urgência.

A seguir estão resumidos os passos da análise de dados:

Estudo descritivo: Exame das prevalências e intervalos de confiança das variáveis categóricas e das médias e desvios padrões das variáveis contínuas.

Estudo analítico: exame das associações estatísticas das hipóteses iniciais do estudo. Para a análise bivariada serão utilizados os testes do Qui-quadrado e Teste de Wald para variáveis categóricas, ou teste de tendência linear para as variáveis contínuas. A análise multivariada será realizada baseada no modelo de análise (Figura 1), utilizando regressão de Poisson, uma vez que o desfecho tem alta prevalência. Para todos os testes de hipóteses serão adotados o nível de significância de 5%, entretanto serão mantidas no modelo variáveis com  $p < 0,2$  para controle de fator de confusão.

### **Fatores socioeconômicos e demográficos**

- Nível Econômico – Status conjugal, ANEP, Escolaridade, Status ocupacional, Desemprego e duração do desemprego, Meio de transporte para chegar no PSM
- Idade, Sexo, Cor da pele e Local de residência

### **Fatores comportamentais**

- Tempo livre: Frequência atual à escola e Número de horas semanais de trabalho
- Tabagismo
- CAGE

### **Necessidade em saúde**

- Autopercepção de saúde, doenças crônicas

### **Fatores relacionados com o serviço de básico de saúde**

- Procura por assistência antes de vir ao PSM, Motivo de não ter consultado na UBS, Turno de funcionamento da UBS, Grau de dificuldade em conseguir uma consulta na UBS, Fornecimento ou compra do medicamento na UBS na última consulta, Grau de dificuldade para realizar exame solicitado na UBS, Grau de dificuldade para conseguir consulta com especialista, quando encaminhado pela UBS, Médico definido, Local definido de consulta, Plano de saúde

### **Satisfação com o serviço básico de saúde**

### **Fatores relacionados com o serviço de emergência**

- Turno e dia da semana em que consultou, Tempo decorrido em sala de espera, Motivo da consulta, N° de dias perdidos por causa do sintoma principal, Quem encaminhou ao SE

### **DEMANDA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Urgente / não urgente

## **10. MATERIAL**

Os dados serão coletados através dos questionários conforme Anexo 1.

## **11. ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Será 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 serão garantidos ao entrevistado. Será respeitado o estado de saúde do entrevistado, transferindo a entrevista para outro momento, quando necessário.



## 12. CRONOGRAMA

Ano	2004						2005						2006			
	jan/ abr	mai	jun	jul	ago/ set	out/ dez	jan/ fev	mar/ abr	mai/ jun	jul/ ago	set/ out	nov/ dez	jan/ mar	abr/ jun	jul/ set	out/ dez
Revisão Bibliográfica																
Elaboração dos instrumentos de coleta de dado																
Seleção e treinamento dos entrevistadores																
Estudo piloto																
Definição da amostra e coletados dados																
Codificação, revisão e digitação dos dados																
Análise dos dados																
Redação do 1º artigo																
Divulgação dos resultados																
Redação do artigo de revisão																
Redação do 3º artigo																

### 13. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo serão divulgados através da elaboração de três artigos para publicação em periódicos científicos, além de documento com principais resultados encontrados para divulgação na imprensa local.

### 14. ORÇAMENTO

<b>Itens</b>	<b>Reais (R\$)</b>
Material de consumo: papel, lápis, borracha, pranchetas, envelopes	2.000,00
Serviços de terceiros, pessoas físicas: entrevistadores, digitadores, manuais, relatórios e produção de material para apresentação dos resultados	3.120,00
Serviços de terceiros: assistência técnica para equipamento, fotocópias	1.000,00
Outros serviços e encargos: comunicações (telefone, correio, fax)	500,00
01 microcomputador Pentium 200MHZ, 16 MB de memória RAM, placa de fax/modem 33.600 bps, winchester de 2,1 G, monitor color 0.28	2.000,00
01 estabilizador conversor	100,00
Vale transporte	500,00
<b>Total</b>	<b>9.220,00</b>

## 15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP, al. e. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001;17(4):329-35.
2. Abdallat AM, Al-Smadi I, Abbadi MD. Who uses the emergency room services? *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000;6(5):1126-29.
3. Brousseau DC, Bergholte J, Gorelick MH. The effect of prior interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(1):78-82.
4. Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995;40(4):469-77.
5. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2002;18(Suplemento):203-11.
6. Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP, al. e. "Filtro sanitario" en las urgencias médicas: Un problema a reajustar. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001;vol. 40(3):181-8.
7. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro* 1998;8(2):11-48.
8. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de Atenção primária Baseadas em Evidências*. 3ª ed. Porto Alegre; 2004.
9. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. *Plano municipal de saúde 2003 - 2004*. Pelotas: Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Pelotas (RS); 2003 fevereiro, 2003.

10. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York city: a substitute for primary care? *The Commonwealth Fund* 2000;1-6.
11. Lambe S, Washington DL, Fink A, Herbst K, Liu H, Fosse JS, et al. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. *Ann Emerg Med* 2002;39(4):389-96.
12. Razzak JA, Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bull World Health Organ* 2002;80(11):900-5.
13. 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):207-10.
14. Pope D, Fernandes CM, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Cmaj* 2000;162(7):1017-20.
15. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001;37(6):580-6.
16. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol* 1997;13(2):223-8.
17. Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *Hong Kong Med J* 2001;7(2):131-8.
18. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117(4):250-5.

19. Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998;36(8):1249-55.
20. Shah NM, A. SM, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency service in Kuwait. *Soc Sci Med* 1996;42(9):1313-23.
21. Alcántara FR, Garcia-Pando CR, Colau IH, Quintana AL, Díez IH. [Doctor, vengo de urgencias]. *Aten Primaria* 1998;22:655-660.
22. Oterino D, Peiro S, Calvo R, Sutil P, Fernandez O, Perez G, et al. [Accident and emergency department inappropriate utilization. An evaluation with explicit criteria]. *Gac Sanit* 1999;13(5):361-70.
23. Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviço de emergência [Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
24. Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002;39(4):430-2.
25. Reeder T, Locascio E, Tucker J, Czaplijski T, Benson N, Meggs W. ED utilization: the effect of changing demographics from 1992 to 2000. *Am J Emerg Med* 2002;20(7):583-7.
26. 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.
27. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *N Engl J Med* 1996;334(22):1441-7.

28. Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP. Demandas de urgencias clínicas. Algunas variables de interés. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001;2001(17):4.
29. Braun T, Castrillo-Riesgo LG, Krafft K, Vilches GD. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. 2002.
30. Rask KJ, Williams MV, McNagny SE, Parker RM, Baker DW. Ambulatory health care use by patients in a public hospital emergency department. *J Gen Intern Med* 1998;13(9):614-20.
31. Sox CM, Swartz K, Burstin H, Brennan TA. Insurance or a regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *American Public Health Association* 1998;88(3):364-70.
32. Sassi RM, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2001;17(4):819-32.
33. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *The Journal of the American Medical Association* 1994;271(24):1909-12.
34. Costa JD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Revista de Saúde Pública* 1997;31(4):360-9.
35. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
36. IBGE. Censo demográfico 2000. In: Instituto brasileiro de geografia e estatística; 2000.

37. Dean J. EPIINFO - Computer programs for epidemiology. 6.01 ed. Atlanta: Divison of surveillance and epidemiology studies, epidemiology programs office, centers for disease control and prevention; 1994.
38. ANEP. Critério de classificação econômica do Brasil: Associação nacional de empresas de pesquisa; 1996.
39. StataCorp. In; 2001.

## **16. TABELA**

**Tabela 1:** Resumo dos artigos avaliados. Pelotas, 2004

N	Ano/Revista	Autor	Local	Tipo de estudo	Amostra	Principais resultados
1	1994, JAMA	Baker DW et al	USA, 1994	Transversal,	N: 1190	16% referiu SE como origem regular de cons. Pacientes que identificam o SE como origem regular de procura de cuidado são: origem africana e latinos, que consultam com menos frequência um médico e menos provável deter procurado médico nos últimos 3 meses. O estado de saúde referido não esteve associado com local de consulta (SE ou outro) <b>Prev:</b> 67 % de cons não urgente
2	1995, Soc. Sci. Med	Malone R	USA	Revisão bibliográfica		<b>Prev:</b> 85% das cons do SE não apresentavam risco de morte. Usuários pesados: pacientes que usam o SE 3-4 ou mais vezes em 1 ano. São socialmente marginalizados, com doenças mentais, usuários de álcool e drogas, pobres e com situação familiar instável ou sem suporte social. Determinam aumento de gasto com saúde e impossibilidade de seguimento do cuidado com a saúde. O problema dos usuários pesados do SE é interpretado como sintoma da deterioração do sistema de saúde e dos setores de serviço social
3	1996, Soc Sci Med	Shah N et al	Kuwait, 1993	Transversal	N: 2011	<b>Prev:</b> 61% de cons não urgente / julgamento médico. – 23% de cons não urgente / julgamento do paciente. Motivo para consultar no SE: fácil acesso, disponibilidade, melhor qualidade do serviço, proximidade do SE <b>FRUI:</b> Na análise multivariada: jovens, maior escolaridade, não estar cadastrado em uma APS, percepção do paciente de sua queixa não ser urgência.
4	1996, N Engl J Med	Weinberger M et al	Multicêntrico, 1993	Intervenção	N: 1396 idoso doentes	Intervenção: com objetivo de melhorar o acesso a APS após alta hospitalar, com cuidados médicos e de enfermagem desde antes da alta por até 6 meses, para diminuir readmissão ao SE e aumentar a qualidade de vida e satisfação com o cuidado. Não teve diferença significativa entre os dois grupos quanto a qualidade de vida. Grupo intervenção: mais readmissão mensal, mais dias de hospitalização, mais satisfação c/ seus cuidados.
5	1996, N Engl J Med	Steinbrook R	USA, 1992	Editorial		<b>Prev:</b> 55,4% de cons não urgente. <b>FRUI:</b> pobres urbanos, com limitado acesso aos outros níveis de atenção em saúde.
6	1997, European Journal of Epidemiology	Lang et al	França, 1993	Transversal	N: 1208 ≥ 15 anos	Desfecho: uso do SE como local regular de consulta. Análise multivariada: homens, jovens, estrangeiro, não ter onde morar ou viver em casa de condição precária, baixa escolaridade, divorciado ou separado, falta de suporte social e falta de seguro de saúde. Chegam à consulta durante a noite (21:00 às 8:00 horas)
7	1997, Rev Saúde Pública	Costa JD Facchini LA	Brasil, 1992	Transversal	N: 1657 20-69 anos	Avaliou a frequência de consultas no último ano e tipo de serviço de saúde quanto à natureza do lucro nos últimos 3 meses. Em geral, quem consulta mais são: classe A e B, mulheres, principalmente ≥ 50 anos, bebem menos, hipertensos e que hospitalizaram mais no último ano. Locais filantrópicos: classe E, subproletariado, analfabetos.
8	1998, Am J Public Health	Sox C et al	USA, 1995	Transversal	N: 1952 18-64 anos	Paciente sem médico regular (OR=1,6) e (interação) sem seguro de saúde (OR=1,2) tem > risco de demorar para procurar cuidado, > risco para não consultar no último ano e > risco de não visitar o SE último ano. Variáveis associadas à falta médico definido (29,5%): sem seguro saúde, sem parceiros, asiáticos e outras raças, homem, idade entre 18 e 39 anos, que reportaram o SE como local regular de consulta, sem co-morbidades e que estão em bom ou melhor estado de saúde.



Continuação:

N	Ano/Revista	Autor	Local	Tipo de estudo	Amostra	Principais resultados
9	1998, Med. Care	Petersen LA et al	USA, 1993	Transversal	N: 1696	<b>Prev:</b> 50% não urgente Na população estudada: 71% com dor abdominal, 23% com asma e 41% com dor torácica <b>FRUI:</b> Na análise multivariada: mulher, < idade, ausência de doenças pulmonares e cardíacas (comorbidade), não ter médico definido.
10	1998, J Gen Intern Med	Rask KJ et al	USA, 1992	Coorte, 2 anos	N: 351	1/3 foi hospitalizado. <b>FRU:</b> Após ajuste para idade, sexo e estado de saúde, ficaram assoc com > cons ao SE: acesso ao telefone (OR:0,48), mínimo 1 admissão ao hospital (OR:5,9) e mínimo 1 consulta ao cuidado primário (OR: 1,68).
11	1998, Aten Primária	Alcântara FR et al	Espanha, 1996	Transversal, em Centro de Saúde	N: 209	<b>Prev:</b> 62% das consultas <b>FRE:</b> mais velhos, mulheres, não branco, menor nível econômico.
12	1998, Tese de Doutorado	Stein AT et al	Brasil	Transversal		<b>Stein :</b> após ajuste para idade, tempo de deslocamento até o serviço, cons anterior e HAS, se caracteriza por consulta no SE com queixas realmente urgentes.
13	1999, Gaceta Sanitaria	Oterino D	Espanha, 1996	Transversal	N: 1845 ≥15 anos	<b>Prev:</b> 26,8% de uso inadequado do SE <b>FRUI:</b> Multivariada: < idade, mulheres, sem doenças crônicas, que foram por conta própria, e consultaram no menos turno da madrugada, com os seguintes diagnósticos associados: doença de pele, alterações mentais, músculo-esquelético, sinais e sintomas mal definidos.
14	2000, The Commonwealth Fund	Billinbs et al	EUA, 1994-98	Transversal	6.000.000 registros	<b>Prev:</b> 41% não urgente + 34% urgências que poderiam ser resolvidas na APS <b>FRUI:</b> adultos (não velhos), baixa renda, não tem médico definido.
15	2000, Eastern Mediterranean Health Journal	Abdallat AM et al	Sul Jordânia, 1997	Transversal	2841 pac todas idades	<b>Prev:</b> 91% <b>FRU:</b> sábado, horário das 9:00 às 12:00 e (depois, das 17:00 às 22:00), razão homem: mulher (1,5:1), crianças seguidas por adultos de 41 a 65 anos. Principais causas em adultos: patologia torácica e abdominal. <b>FRUI:</b> desempregados e quem tem muito tempo livre, mora perto do SE.
16	2000, BMJ,	Munro J et al	Inglatera, 2000	Observacional	N: 68500	Pessoas com < educ usam + SE e – o serviço preventivo Fala sobre o sistema telefônico do NHS, que é um serviço que responde ligações telefônicas para orientar condutas em situações de saúde. Está é uma possibilidade para diminuir a demanda inadequada do SE
17	2000, CMAJ	Dorothy Pope et al	Canadá	Est intervenção	N: 24	Após intervenção de equipe multidisciplinar em grupo de grande risco para consulta no SE, houve diminuição do número de consulta ao SE
18	2001, Rev. Cubana Med Gen Integr	Rodríguez JP et al	Cuba, 1995	Transversal	1360 pac, > 15 anos	<b>FRU:</b> sem diferença entre sexos. Apenas entre mulheres de 41-50anos consultam mais. Ocorre mais consulta em horário de trabalho em todas idades, mais na 2ª feira.
19	2001, Rev. Cubana Med Gen Integr	Rodríguez JP et al	Cuba, 1995	Transversal	1360 pac, > 15 anos	<b>Prev:</b> 32,5% não urgente + 52,1% urgência que poderia ser resolvido na APS <b>FRU:</b> horário de trabalho é 1,8 vezes maior, sem diferença entre sexo
20	2001, Rev. Cubana Med Gen Integr	Rodríguez JP et al	Cuba, 1995	Transversal	N: 1360, > 15 anos	<b>FRUI:</b> + de 15 a 30 anos, horário de trabalho No SE do hospital: 89% foi por conta própria, 11% foi encaminhado por médico, 15,4% permaneceu em observação ou foi internado. Principais queixas foram sinais e sintomas mal definidos, alterações aparelho locomotor e tecido conjuntivo, aparelho circulatório e digestivo. As policlínicas que atendam 24 horas, tem alto poder de solução para urgências primárias CID das urgências primárias: alterações respiratórias, sinais e sintomas mal definidos, aparelho circulatório, aparelho locomotor e tecido conjuntivo.

Continuação:

N	Ano/Revista	Autor	Local	Tipo de estudo	Amostra	Principais resultados
21	2001, Cad Saúde Público	Sassi RM Béria JU	Brasil 1970-99	Revisão Sistemática		Utilização de serviço de saúde: idades extremas, mulheres (+ idade fértil), desestruturação familiar, < distância, < nº de pacientes por médico, seguro de saúde, ter médico definido (internam menos e consultam SE com queixas realmente urgentes). O sistema de saúde do país funciona como modificador do efeito para classe social: país com sistema universal, pobres consultam mais. Outros países, classes + altas consultam mais. 3-4 consultas/habitantes, 10-15% da população concentra > nº de consulta(40-50%)
22	2001, Annals of Emergency Medicine	Pereira et al	Portugal, 1998	Transversal	N: 5818 ≥ 13 anos	<b>Prev.</b> Inadequado.= 31,3%) Sexo teve efeito modificador ( interação com ter emprego, nível de educação e duração da complicação) FR uso adequado: 60 anos ou mais, período de 24 horas até 8:00 Principal causa de cons não urgente: problema respiratório e digestivo Principal causa de consulta urgente: problema circulatório e neurológico
23	2001, HKMJ	Lee et al	China,	Transversal	N: 2410	Intervenção: reunião mensal com médico da APS, ênfase do manejo da sua doença crônica, orientação de cuidados não farmacológicos (dieta, exercícios...) e atividades de promoção de saúde (medir TA, vacinas...) Grupo intervenção teve menos visita ao SE, < nº de visitas ao SE e menos hospitalização. Alta qualidade da atenção primária diminui as visitas ao SE.
24	2001, Effective Clinical Practice	Coleman EA	USA, 1995- 1996	Intervenção – Pacientes com doenças crônicas	295 idosos ≥ 60ano	<b>FRU:</b> nível socioeconômico menor Consultas repetidas ao SE ocorrem mais freqüentemente entre os pobres Prev: 38% não urgente Na Califórnia, tende a aumentar cons.urgência e diminuir as cons não urgentes. Fala sobre os componentes do cuidado de emergência (cuidados na comunidade, no transporte e na chegada ao SE) e das situações que melhoram esse atendimento: educação em saúde na comunidade para reconhecer situações de risco, triagem realizada na APS de forma adequada, transporte adequado e disponível, triagem adequada no SE.
25	2002, Gac. Sanit.	Braun T et al	Espanha, 1991	Transversal	N: 6570	<b>PREV:</b> 39% de não urgência, 46% de urgência e 15% de emergência <b>FRE:</b> homens internam mais. Após ajuste, quem tem médico a definido e vai de carro até o SE estão assoc com consultas de urgência e emergência.
26	2002, Annals of Emergency Medicine	Lambe S et al	USA, 1990 - 1999	Tendência Histórico		Aumento da demanda urgente do SE com queixas urgentes está assoc com: aumento da idade e da expectativa de vida, > nº de pacientes com múltiplas e complexos problemas ⇒ aumenta o tempo de cuidado no SE ⇒ diminui a capacidade de atendimento, embora tenha aumentado o número de leitos. Sobreutilização (aumento demanda urgente + uso inadequado): tempo espera prolongado, aumento sofrimento com dor, ambiente terapêutico desagradável, e até resultado clínico pobre.
27	2002, Bulletin of the World Health Organization	Razzak JA Kellermann AL	USA, 2002	Revisão bibliográfica		<b>FRU:</b> jovens, mulheres, sem encaminhamento médico, com queixas de + longa duração. A principal explicação é que consideravam seu problema uma urgência.
28	2002, Fam Pract	Stein AT et al	Brasil,	Transversal	N: 553	<b>FRU:</b> das 8 – 12:00 hs, crianças menores, meninas, baixo estado de saúde, menor escolaridade, maior demora a obter cuidado, longas esperas prévias para obter cuidado em saúde na APS > habilidade em obter cuidado sem longa espera assoc (com OR < que 1) de uso SE com queixas não urgentes ( quem tem queixas não urgente, espera mais) <b>PREV:</b> 19,6% de não urgência
29	2002, Annals of Emergency Medicine	Derlet RW	USA	Editorial		<b>FRU:</b> das 16-24:00 hs, çças maiores, com melhor saúde, meninos, maior educação e nível de renda e mais cons na APS, <demora a obter cuidado, maior comunicação com o médico.
30	2003, Public Health	Bianco et al	Itália, 2001	Transversal	541 >= 15 anos	
31	2004, Arch Pediatr Adoles Med (reprinted)	Brousseau DC et al	USA, 2002	Caso-controle	719çças 6meses/ 12 anos 366casos 353contr	

FRU: fatores de risco para uso inadequado  
SE: Serviço de emergência

FRE: fatores de risco para uso com queixas realmente emergentes  
APS: Atenção primária à saúde

FRU: fatores de risco para uso da urgência

## **16. ESTRUTURA DOS ARTIGOS PROPOSTOS**

### **Primeiro Artigo**

Título: Características da demanda do serviço de saúde de emergência

Objetivos: Investigar as características da demanda do serviço de emergência (SE).

Relevância: O conhecimento sobre as características do SE pode subsidiar intervenções capazes de ampliar o foco do atendimento de emergência.

### **Segundo Artigo**

Título: Revisão sistemática sobre os fatores relacionados à utilização inadequada do serviço de emergência

Objetivos: Revisar a bibliografia existente sobre os fatores associados com uso inadequado do SE.

Relevância: O conhecimento sobre os fatores relacionados ao uso inadequado do SE nos diferentes sistemas de saúde adotados no mundo pode contribuir no direcionamento de ações capazes de reorganizar a atenção ambulatorial, tanto na rede básica quanto de especialidades.

### **Terceiro Artigo**

Título: O impacto das limitações da atenção básica referidas pelo usuário no uso inadequado do serviço de emergência

Objetivos: Avaliar as limitações na atenção básica à saúde, referidas pelos pacientes, que levam ao uso inadequado do SE.

Relevância: O conhecimento sobre os fatores que limitam a utilização da atenção básica e determinam o uso inadequado do SE pode contribuir para a reorganização dos diferentes níveis de saúde, redirecionar os problemas não urgentes para serem atendidos na atenção básica de saúde.

# **Relatório do Trabalho de Campo**



**Universidade Federal de Pelotas**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**

## **Relatório do Trabalho de Campo**

Doutoranda: MARIA LAURA VIDAL CARRET

Orientadora: ANACLAUDIA GASTAL FASSA

Pelotas, 2004

## **1. INTRODUÇÃO**

O presente relatório tem por objetivo detalhar todas as fases que envolveram a preparação para o trabalho de campo, desde o planejamento até a sua conclusão. A coleta de dados foi realizada no período de 20 de setembro a 03 de outubro de 2004, no Pronto Socorro Público (PSP), da cidade de Pelotas. Foi realizado estudo transversal, com utilização de questionários aplicados a toda a população que utilizou o PSM no período do trabalho de campo.

O principal objetivo do atual estudo foi conhecer a demanda que utiliza o Serviço de Emergência, bem como a prevalência e os fatores associados ao seu uso inadequado.

O bom andamento deste trabalho de campo só foi possível graças ao grande apoio recebido do grupo de funcionários do PSM, em especial da equipe administrativa e dos enfermeiros.

## **2. INSTRUMENTOS**

### **2.1. QUESTIONÁRIO**

O questionário foi elaborado entre maio e junho, sendo dividido em seis blocos (anexo 1):

Bloco A: Identificação: continha questões referentes ao horário da consulta, característica demográfica e endereço do entrevistado.

Bloco B: Consulta atual: continha questões relacionadas com motivo e características da consulta atual.

Bloco C: Consulta médica prévia: englobava questões relacionadas à saúde geral, plano de saúde e serviço de saúde que o entrevistado costuma fazer uso.

Bloco D: Características socioeconômicas e comportamentais: continha questões referentes à situação conjugal, escolaridade, nível econômico, situação ocupacional, tabagismo e álcool.

Bloco E: Atendimento no PS: continha questões referentes ao diagnóstico e posterior encaminhamento.

Bloco F: Critério de urgência: continha questões referentes à alteração do exame físico, complementar, tratamento e outros sinais e sintomas de gravidade.

## **2.2 MANUAL DE INSTRUÇÕES**

O anexo 2 mostra o manual de instruções usado tanto no treinamento dos entrevistadores quanto durante o trabalho de campo. Este manual continha instruções gerais para o entrevistador, logística do trabalho de campo, detalhamento do significado das perguntas e sobre como interpretar as diferentes respostas possíveis, bem como, orientações sobre a codificação.

## **2.3. FOLHA DE LISTAGEM**

O anexo 3 mostra o documento utilizado pela auxiliar de pesquisa, para registrar toda a população que fez ficha para atendimento no PSM e o número do entrevistador que pegava o questionário. Ao final do turno, esta folha de listagem era entregue para a supervisora de pesquisa para conferir os questionários realizados, e definir os que precisavam ser completados e os que não haviam sido realizados.

## **2.4. FICHA DE PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES**

O anexo 4 mostra o documento preenchido pelas supervisoras ou coordenadora, para controle de perdas, recusas e exclusões.



## **2.5. CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Este documento era lido para o entrevistado, com o objetivo de fazer uma apresentação geral do trabalho, obter o consentimento verbal para a realização da entrevista (Anexo 5).

## **3. POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Todos os pacientes com 15 anos ou mais que consultaram no PSM no período do estudo.

## **4. PESSOAL ENVOLVIDO**

O trabalho de campo contou com uma equipe de 01 coordenadora de campo, 02 supervisores de trabalho de campo, 12 entrevistadores, 02 auxiliares de pesquisa, 01 supervisora das buscas das perdas e recusa, 04 digitadores e 1 revisor de digitação.

**Coordenadora de pesquisa:** Responsável pela execução do trabalho de campo, que envolveu elaboração do questionário, estudo pré-piloto, definição de logística do trabalho de campo, seleção e treinamento dos entrevistadores, acompanhamento das tarefas dos supervisores de trabalho de campo e da supervisora das buscas das perdas e recusas, organização e supervisão da codificação e análise de inconsistências.

**Supervisores de campo:** Responsáveis por auxiliar a coordenadora na supervisão do trabalho de campo, recebimento e conferência dos questionários pela lista de pacientes da recepção em cada troca de turno, codificação das questões abertas e supervisão da codificação geral e dos questionários.

**Auxiliares de pesquisa:** Responsáveis por preencher o cabeçalho do questionário, com principais dados de identificação do paciente e endereço, no momento em que o funcionário do PSM preenchia a ficha de atendimento.

**Entrevistadores:** Responsáveis pela realização das entrevistas e codificação das questões fechadas.

**Supervisora das buscas de perdas e recusas:** Responsável pelo planejamento e acompanhamento da busca das perdas ou recusas, distribuindo aos entrevistadores, os questionários que tinham algum dado incompleto ou não foram realizados no momento da consulta.

**Digitadores:** Responsáveis pela dupla digitação dos dados.

**Supervisor da digitação:** Responsável pela elaboração do banco de dados, supervisão da digitação e comparação das duas digitações.

#### **Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (SMS) e da chefia do PSM para a realização do estudo**

Foram realizadas reuniões com o secretário de saúde da SMS e com a chefia do PSM para explicitar o assunto da pesquisa e seus aspectos operacionais. A SMS e a chefia do PSM autorizaram a realização da pesquisa.

### **5. ESTUDO PRÉ-PILOTO**

O estudo pré-piloto foi realizado no dia 29/07/2004 (quinta-feira), 31/07/2004 (sábado) e 01/08/2004 (domingo), contando com a participação de 3 entrevistadores (a própria coordenadora da pesquisa, uma estudante de medicina e uma estudante de odontologia). O objetivo do pré-piloto foi testar o questionário, no ambiente em que este seria aplicado, bem como conhecer a dinâmica de funcionamento do PSM e seus funcionários. Foram aplicados 75 questionários em uma amostra de conveniência da demanda do Pronto Socorro Público de Pelotas (PSP).

Através do estudo pré-piloto, identificamos que o PSM possuía um livro de registro onde eram listados todos os indivíduos que iriam consultar no serviço, bem como, o tipo de consulta (pediatria, clínica ou cirurgia). Este livro permitiria fazer um controle absoluto da população do estudo, deste modo, optamos por manter um auxiliar de pesquisa na recepção coletando os principais dados de identificação de todos indivíduos com 15 anos ou mais, entendendo que assim reduziríamos as perdas.

No projeto tínhamos planejado entrevistar um a cada três paciente que chegasse na emergência, entretanto no pré-piloto percebemos que isto não era viável, corríamos o risco de viés por acabar selecionando pacientes por conveniência, assim optamos por entrevistar todos os pacientes em um período, encurtando o trabalho de campo, embora isto demandasse um aumento do número de entrevistadores.

Quanto ao questionário, a principal modificação realizada a partir do pré-piloto referiu-se a utilização do serviço de atenção básica (AB). Inicialmente se caracterizaria a utilização deste serviço pelo sujeito do estudo. Entretanto percebemos que quando o sujeito do estudo levava alguém na AB para consultar ele tinha uma clara percepção das vantagens e limitações do serviço e que isto influenciava a sua opção entre o serviço de emergência e o serviço de AB. Assim, incluímos questões sobre a utilização do serviço de atenção básica para aqueles que levaram outra pessoa para consultar.

## **6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES**

Foram selecionados 19 entrevistadores entre pessoas que já haviam participado de trabalhos de pesquisa como entrevistadores do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Foi exigido segundo grau completo, disponibilidade de horário e capacidade de trabalhar em local como PSM.

Entre os entrevistadores selecionados, 4 foram alocados para trabalhar na busca de perdas e recusas e na digitação.

A primeira parte do treinamento ocorreu nos dias 13 e 14 de setembro e desenvolveu-se da seguinte maneira:

- Apresentação do coordenador da pesquisa e dos supervisores de campo.
- Aula introdutória com breve descrição da pesquisa, equipe envolvida, explicações da importância do entrevistador e de suas obrigações, logística do trabalho de campo, recomendações gerais.
- Explicações teóricas de cada pergunta do questionário, utilizando o manual de instruções, com instruções específicas sobre a codificação de cada questão.
- Dramatização de entrevistas tendo um treinando como entrevistador e um entrevistador experiente como entrevistado. Os supervisores e a coordenadora do trabalho de campo participaram desta etapa, comentando as possibilidades de resposta e sugerindo como conduzir a entrevista.

A segunda etapa do treinamento ocorreu durante o estudo piloto, com aplicação dos questionários, em pacientes do PSM.

## **7. ESTUDO PILOTO**

O estudo piloto fez parte do treinamento dos entrevistadores e teve como objetivo observar o perfil dos entrevistadores para trabalhar no PSM, seus desempenhos como entrevistadores, além de avaliar toda a logística proposta para o trabalho de campo. Cada entrevistador aplicou 5 questionários, totalizando 75 questionários. Nesta etapa, foram eliminadas 3 entrevistadoras.

## 8. LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo ocorreu no período de 20 de setembro à 03 de setembro de 2004, nas instalações do Pronto Socorro Público. Os dias foram divididos em 3 turnos: manhã (7:00 às 13:00 horas), tarde (13:00 às 19:00 horas) e noite (19:00 às 7:00). Cada turno diurno contou com quatro entrevistadores, enquanto o turno da noite, a partir das 24:00, contou com dois entrevistadores.

Como rotina do próprio PSM, todos os pacientes que faziam sua ficha para consultar no PSM eram listados no livro de registros do PSM. Neste mesmo momento a auxiliar de pesquisa preenchia o cabeçalho do questionário, com os principais dados de identificação de todos os indivíduos com 15 anos ou mais. Imediatamente, transferia este questionário para um entrevistador, que realizava a entrevista.

**Coleta de material:** Antes da entrevista, uma carta de apresentação com a solicitação de um termo de consentimento verbal (Anexo 5) era lida para o entrevistado, sendo sempre respeitada a vontade do paciente no sentido de participar ou não da pesquisa. As entrevistas, na maioria das vezes iniciavam na sala de espera, enquanto o paciente aguardava ser chamado. Quando os pacientes eram chamados para atendimento, as entrevistadoras eram orientadas a parar a entrevista e aguardar até que o paciente fosse novamente liberado para realização de medicação, exame ou recebesse alta, para então reiniciar a entrevista com os pacientes. Sempre que necessário, solicitava-se informações para os médicos para completo preenchimento da última parte do questionário.

Durante todo o período do trabalho de campo, no horário de 6:45 às 00:15 horas, uma supervisora ou a coordenadora esteve presente no PSM, ajudando a agilizar a troca de turno dos entrevistadores, distribuindo materiais e resolvendo problemas.

**Reunião com os entrevistadores:** A coordenadora e supervisoras organizaram os materiais da pesquisa na sala de refeições disponibilizada pela equipe de enfermagem do PSM. A coordenadora e uma das supervisoras se reuniam com os entrevistadores ao fim de cada turno de trabalho para receber os questionários já codificados, esclarecer dúvidas e conferir as entrevistas realizadas com o livro de registro do PSM de modo a identificar possíveis perdas.

Os questionários que não puderam ser completados pelos entrevistadores no momento da consulta e aqueles que haviam sido inicialmente considerados como recusa, eram identificados e organizados de forma a serem repassados para a supervisora das perdas e recusas. As informações necessárias para definir o desfecho, nestas situações, eram perguntadas para os médicos e conferidas, posteriormente, através da Folha de Atendimento do PSM (FA). Este é o documento de registro de atendimento médico que é preenchido pelo médico, após atendimento do paciente.

**Perdas, recusas e exclusões:** A supervisora das buscas de perdas e recusas fazia a distribuição dos questionários para os entrevistadores fazerem a busca domiciliar, hospitalar ou telefônica desses indivíduos. Para isto, foram utilizados os dados de identificação coletados previamente pela auxiliar de pesquisa no livro de registros do PSM. Após três tentativas de entrevista quando o indivíduo se recusava a responder ou não era encontrado, era preenchida uma folha de identificação de perdas, recusas e exclusões (Anexo 5) deste indivíduo. Todas as situações identificadas como exclusões foram revisadas pelos supervisores ou coordenador de pesquisa.

**Controle de qualidade:** Foi realizado controle de qualidade em 10% dos questionários aplicados fora do ambiente do PSM e naqueles que foram realizados durante a madrugada.

Nos questionários realizados no PSM nos turnos diurnos, não se considerou a necessário realizar controle de qualidade, porque as entrevistas contaram com a estrita supervisão da coordenadora e/ou supervisora.

## **9. CODIFICAÇÃO**

Os questionários foram codificados pelos entrevistadores, fora do horário de trabalho de campo. Todas as questões abertas foram codificadas pelas supervisoras e coordenadora de pesquisa.

Posteriormente, a codificação passou por duas revisões.

**Montagem dos lotes:** Os lotes de questionários foram montados, de acordo com o dia da entrevista, para posterior encaminhamento para digitação.

## **10. DIGITAÇÃO**

A dupla digitação dos dados foi realizada no programa Epi-info 6.0.

Depois de encerrar a digitação, o supervisor de codificação juntou os lotes para a comparação da dupla digitação, com limpeza dos dados através da verificação direta dos questionários e correção da digitação pela coordenadora.

A coordenadora da pesquisa, então fez a análise de inconsistências e transferiu os bancos para o programa Stata, versão 8.0, para posterior análise.

## **11. CARACTERÍSTICA DE EXCLUSÕES, PERDAS E RECUSAS**

Durante o período do estudo, houve 1974 registros de consultas de indivíduos de 15 anos ou mais no PSM, dos quais 144 eram pacientes que consultaram mais de uma vez no período e 71 eram exclusões. Entre os excluídos, 52% eram pessoas trazidas pela polícia para realização de corpo-delito, 21%, eram portadores de problemas mentais

anteriores a queixa atual, e o restante tinha problemas de surdez, déficit de fala ou senilidade.

Dos 1759 pacientes elegíveis, 112 foram considerados perdidos ou recusados, totalizando 1647 questionários respondidos. Do total de questionários respondidos, 112 foram completados posteriormente, por telefone ou através de visita domiciliar ou hospitalar.

## **12. CONCLUSÃO**

As adaptações realizadas na logística e os instrumentos elaborados para o controle do trabalho de campo, a partir do pré-piloto, foram bastante eficientes. À medida que novas dúvidas foram surgindo, o manual de instruções foi sendo atualizado, inclusive ao longo do campo, para que todos os aspectos fossem interpretados de forma similar pelos entrevistadores. O questionário ficou bem estruturado, entretanto, algumas perguntas poderiam ter sido mais bem formuladas. A pergunta sobre sintomas, às vezes não foi captada adequadamente, se misturando com o motivo de ter ido ao PSM, e a pergunta sobre satisfação com serviço de AB pareceu não ser adequadamente respondida quando o sujeito não tinha utilizado o serviço de AB por um longo tempo. De uma forma geral, o trabalho de campo transcorreu conforme o previsto e possibilitou a completa execução do projeto.



# Artigo 1

# **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  
Anaclaudia Gastal Fassa  
Vera Maria Vieira Paniz  
Patrícia Carret Soares**

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Avenida Duque de Caxias, 250 3º piso. CEP: 96030-002, Pelotas-RS.

Endereço para correspondência:

Maria Laura Vidal Carret

Rua Barão de Santa Tecla, 667; CEP: 96010-140; Pelotas, RS

Correio eletrônico: [mvcarret@hotmail.com](mailto:mvcarret@hotmail.com)

- Este trabalho contou com o apoio financeiro do CNPq na forma de bolsas de doutorado sanduíche e de iniciação científica.
- Artigo baseado em dissertação de doutorado que será apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. (Título da dissertação: Demanda do Serviço de Saúde de Emergência: Características e Fatores Associados ao Uso Inadequado).
- Artigo submetido a publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva.
- Título abreviado: Demanda do Serviço de Emergência

## **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a demanda do serviço de saúde de emergência.

**Método:** Foi realizada análise descritiva de 1647 indivíduos adultos que consultaram no serviço público de emergência de Pelotas, Brasil.

**Resultados:** Pessoas com mais idade, de cor não branca, menor escolaridade, sem companheiro e tabagistas consultaram mais nesse serviço, quando comparados com a população em geral. Os indivíduos esperaram em média 15 minutos pra serem atendidos, foi solicitado exame em mais de 40% dos atendimentos e administrado medicamentos endovenosos em um terço das vezes. Idosos demoraram mais para procurar atendimento, mas foram atendidos mais rapidamente quando chegaram na emergência, e tiveram mais freqüentemente médico definido e suporte social. Tiveram também mais diagnósticos relacionados com o aparelho circulatório, enquanto os mais jovens consultaram mais por causas externas.

**Conclusão:** 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 profissional quanto população esteja consciente da importância de uma atenção continuada.

**Palavra Chave:** demanda do serviço de saúde de emergência; epidemiologia; estudo transversal; adultos e idosos

## **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, with 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 highest 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.

**Conclusion:** 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:** demand emergency health service; epidemiology; cross-sectional studies; adults and elderly.

## INTRODUÇÃO

O serviço de saúde emergência tem como objetivo prestar um tratamento imediato e provisório aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, os quais não podem ser resolvidos nos outros níveis de assistência.<sup>1, 2</sup> A capacidade de atender casos graves, 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 a 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 de nível econômico sobre acesso, tanto à atenção primária à saúde como ao serviço público de emergência, sendo que os pobres consultam mais nestes níveis de atenção, nos 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 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<sup>6</sup>. Já o estudo de Abdallat identificou as patologias torácicas e abdominais como principais motivos de consulta em adultos<sup>11</sup>. 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.

Assim, o presente artigo tem por objetivo avaliar as características da demanda do serviço de emergência. 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. Seus achados contribuem para apontar pontos positivos deste serviço e aspectos que necessitam ser melhorado, contribuindo com planejamento e programação dos serviços básicos e de emergência. 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 no período de 20 de setembro a 03 de outubro de 2004.

A população do estudo foi constituída por todos os indivíduos com 15 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 o levou a consultar na emergência, como por exemplo, pessoas com deficiência mental ou seqüelas anteriores de 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 o 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, IBGE) é de 1,5 ao ano. A cidade disponibiliza uma razoável rede básica de saúde, constituída por 50 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 do município e de municípios vizinhos que tenham pactuado o serviço.,<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, 7 neurologistas, 2 cirurgiões vasculares, 2 cirurgiões torácicos, 10 enfermeiras, 40 auxiliares de enfermagem, 4 ambulâncias, 9 recepcionistas e 15 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”, ANEP, [www.anep.org.br](http://www.anep.org.br), baseada na acumulação de bens; entretanto, ao invés 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 morte, necessidade de tratamento imediato (nas 24 horas), absenteísmo 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 conseqüentes de picadas de insetos e mordedura 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 no PSP e quem sugeriu consultar na emergência.

A necessidade em saúde foi avaliada a partir da autopercepção em saúde e de doenças crônicas auto-referida. Investigou-se se o paciente tinha convênio de saúde, bem como, 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 12 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. Cada turno contou com equipes de quatro entrevistadores e um auxiliar de pesquisa, o qual era responsável por preencher os dados de identificação (nome, data de nascimento e endereço) do entrevistado no questionário, no momento em que era realizada a FA. Então, este questionário era imediatamente entregue aos entrevistadores, para desta forma, 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 o 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 (CDC, Atlanta, 2001), enquanto a limpeza e análise dos dados foram realizadas no pacote estatístico Stata 8 (StataCorp, College Station, Tx, 2001). 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 aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade 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 1759 pessoas elegíveis para o estudo, obteve-se uma amostra de 1647 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 15 e 100 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, 50,1% pertencia ao nível econômico C e 33,4% aos níveis econômicos D e E, e quanto à escolaridade, 36,3% tinham estudado até quatro anos, com média de 6 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, 47,4% trabalhava de 41 a 60 horas por semana. Metade (49,8%) 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 (59,2%) dos pacientes estava sintomático a 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 morte, 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 (27,9%) dos indivíduos consultou anteriormente pelo problema atual, principalmente na rede 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 àqueles relacionados com causas externas e entre os idosos, aqueles relacionados com o aparelho circulatório. Os sintomas mal definidos foram diagnosticados em 17,6% da demanda, mas não houve diferença significativa na solicitação de exames entre aqueles que obtiveram um diagnóstico e os que apresentavam sintomas mal definidos. 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 foi encaminhado 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 15 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).

Os motivos de escolha do PSP foram citados com as seguintes frequências: considerar que este serviço tinha melhores condições de resolver o problema (58,2%), facilidade de fazer exame (42,1%) e receber medicação de alívio dos sintomas no momento da consulta (40,7%), sendo que não se evidenciou diferença entre as idades. 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 (46,5%) 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 atingia 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 apontaram mais freqüentemente 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 o questionário, visto que o número de entrevistas que necessitou ser completada posteriormente foi pequeno.

Uma vez que o estudo coletou dados em dias consecutivos poderia incorrer em um viés de seleção por não levar em consideração a sazonalidade. Entretanto, a literatura sugere que a sazonalidade interfere na prevalência dos diagnósticos encontrados nas diferentes estações do ano, mas não no perfil geral da demanda. Outra limitação do estudo é que poderia ter havido efeito Hawthorne, uma vez que a coleta de dados foi realizada no próprio serviço de saúde. Porém, os profissionais de saúde pareceram indiferentes à presença dos entrevistadores. Isto pode dever-se ao fato destes profissionais estarem acostumados a atender com a presença de observadores, uma vez que o serviço faz parte de um hospital Universitário onde circula um grande número de estudantes.

Quando comparados aos dados para região urbana da cidade de Pelotas (Censo Demográfico 2000, 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 as maiores necessidades 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 freqüentemente sua saúde regular ou ruim e seu problema atual, uma urgência; devendo estar associado a 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 freqüentemente encontrados no serviço de emergência variam na literatura, dependendo da sazonalidade, 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 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 encontraram maior demanda das 13 às 23 horas.<sup>32</sup> 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.

Contrariando a revisão de literatura, o transporte mais usado foi o carro, ao invés 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 4 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, na população que consulta o serviço básico de saúde<sup>21</sup>, sugerindo que aqueles que consultam no serviço de emergência tem 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 possa sair para consultar. No que se refere ao diagnóstico, o tipo de trabalho e o meio de transporte utilizado pelo homem, o coloca 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. Entretanto, é preciso ter em mente que as expectativas dos usuários podem não corresponder as suas reais necessidades em saúde, mas o fato de atender as expectativas, perpetua a demanda inadequada do serviço de emergência.

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.

O estudo mostra que é importante reforçar a integralidade da atenção à saúde. Isto pode ser realizado através da ampliação e valorização de estratégias já existentes como o Programa de Saúde da Família e o Programa de Internação Domiciliar. O sistema de referência e contra-referência é parte essencial deste processo e sua efetividade depende da expansão do uso da tecnologia da informação. Além disso, a educação continuada dos profissionais da emergência com uma ênfase maior no exame clínico poderiam 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**

Maria Laura Vidal Carret e Anaclaudia Gastal Fassa: elaboração do projeto, coordenação do trabalho de campo, análise de dados e redação do artigo.

Vera Paniz Vieira: supervisão do trabalho de campo e revisão crítica do artigo.

Patrícia Carret Soares: supervisão do trabalho de campo, codificação, limpeza dos dados e revisão crítica do artigo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [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 Aug;42(2):173-80.
- [2] Young GP, Sklar D. Health care reform and emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 1995 May;25(5):666-74.
- [3] Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of clinical nursing.* 2006 Aug;15(8):1045-56.
- [4] Reeder T, Locascio E, Tucker J, Czaplijski T, Benson N, Meggs W. ED utilization: the effect of changing demographics from 1992 to 2000. *Am J Emerg Med.* 2002 Nov;20(7):583-7.
- [5] Richardson LD, Hwang U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. *Acad Emerg Med.* 2001 Nov;8(11):1030-6.
- [6] Rodríguez J.P., Sánchez I.D., Rodríguez R.P., A. S. "Filtro sanitario" en las urgencias médica *Revista Cubana de Medicina General Integrals: Un problema a reajustar. Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2001;40(3):181-8.
- [7] Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med.* 2000 Jan;35(1):63-8.
- [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 May;42(9):1313-23.

- [10] Twanmoh JR, Cunningham GP. When overcrowding paralyzes an emergency department. *Managed care (Langhorne, Pa.)*. 2006 Jun;15(6):54-9.
- [11] Abdallat AM, al-Smadi I, Abbadi MD. Who uses the emergency room services? *East Mediterr Health J.* 2000 Sep-Nov;6(5-6):1126-9.
- [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 Apr;39(4):430-2.
- [14] Richardson LD, Asplin BR, Lowe RA. Emergency department crowding as a health policy issue: past development, future directions. *Ann Emerg Med.* 2002 Oct;40(4):388-93.
- [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. *The Journal of emergency medicine.* 2006 Apr;30(3):351-6.
- [16] Lambe S, Washington DL, Fink A, Herbst K, Liu H, Fosse JS, et al. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. *Ann Emerg Med.* 2002 Apr;39(4):389-96.
- [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 Jun 22-29;271(24):1909-12.
- [18] Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health.* 2003 Jul;117(4):250-5.

- [19] Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? Issue Brief (Commonw Fund). 2000 Nov(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 Mar-Apr;16(2):139-44.
- [21] Sassi R.M., J.U. B. Utilización de los servicios de salud: una revision sistemática sobre los factores relacionados. Caderno de Saúde Pública. 2001;17(4):819-32.
- [22] Facchini LA TE, Thumé E. Plano municipal de saúde 2003 - 2004. In: Saúde SMd, ed. 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):215-8.
- [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 Feb;38(1):76-84.
- [25] Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. Ann Emerg Med. 2001 Jun;37(6):580-6.
- [26] Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. Am J Public Health. 2000 Jan;90(1):97-102.
- [27] McConnel CE, Wilson RW. The demand for prehospital emergency services in an aging society. Soc Sci Med. 1998 Apr;46(8):1027-31.
- [28] Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. Soc Sci Med. 1995 Feb;40(4):469-77.

- [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 Jun;37(6):561-7.
- [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 Apr;19(2):207-10.
- [31] Rodríguez JP SI, Rodríguez RP. Urgencias clinicas. Comportamiento según su gravedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2001;17(4):329-35.
- [32] Richards JR, Navarro ML, Derlet RW. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. *West J Med.* 2000 Jun;172(6):385-8.
- [33] Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, Colby DC, Callaham 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 Jan;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 Mar-Apr;4(2):49-57.
- [35] Aranaz Andres JM, Martinez Noguerras 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 Jul-Aug;20(4):311-5.



## 6. TABELAS

**Tabela 1.** Descrição da amostra segundo variáveis sócio-demográficas e comportamentais. Pelotas, Brasil, 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

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

Variável	Total (%)	Idade em anos			Valor P
		< de 35 (%)	35 a 64 (%)	65 ou mais (%)	
<b>Tempo de sintomas (N=1645)</b>					<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)	
<b>Urgência referida (N=1646)</b>					<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)	
<b>Achava que poderia esperar para outro dia (N=1647)</b>					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)	
<b>Consultou antes por esse motivo (N=1647)</b>					<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)	
<b>Local desta consulta anterior (N=458)</b>					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)	
<b>Absenteísmo pelo problema atual (N=793)</b>					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)	
<b>Proveniente de acidente (N=1647)</b>					<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

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

Variável	Total	Idade em anos			Valor P
		< de 35 (%)	35 a 64 (%)	65 ou mais (%)	
<b>Código Internacional das Doenças (N=1570)</b>					<0,001
Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98)	342 (21,8)	171 (28,4)	133 (19,0)	38 (14,2)	
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)	
<b>Solicitação de exames no PSP (N=1647)</b>					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)	
<b>Administração de medicação endovenosa (N= 1647)</b>					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)	
<b>Encaminhamento após atendimento atual (N=1641)</b>					<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

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

Variável	Total	Idade em anos			Valor P
		< de 35 (%)	35 a 64 (%)	65 ou mais (%)	
<b>Turno do atendimento atual (N= 1147)</b>					<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 às 1 horas)	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)	
<b>Tempo espera (N=1640)</b>					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)	
<b>Sugestão de consulta atual (N=1645)</b>					<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)	
<b>Motivo da escolha pelo PSP</b>					
PS 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*
Outros motivos	337 (20,5)	40 (6,4)	45 (6,2)	19 (6,7)	0,5
Único lugar aberto					
Outros	104 (6,3)	140 (22,3)	136 (18,6)	61 (21,3)	
<b>Meio de transporte até PS (N=1647)</b>					<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

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

Variável	Total	Idade em anos			Valor P
		< de 35 (%)	35 a 64 (%)	65 ou mais (%)	
<b>Número consultas PSM último ano (N=1636)</b>					<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)	
<b>Número consultas PSM nos últimos 3 meses (N=1642)</b>					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)	
<b>Contar com suporte social (N=1646)</b>	759 (46,1)	268 (42,6)	295 (40,4)	196 68,5)	<0,001*
<b>Auto-percepção de saúde (N=1646)</b>					<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)	
<b>Possuir convênio (N=1647)</b>	279 (16,9)	109 (17,3)	122 (16,7)	48(16,8)	0,9*
<b>Ter médico definido (N=1646)</b>	462 (28,1)	130 (20,7)	215 (29,4)	117(40,9)	<0,001*
<b>Referir patologias prévias</b>					
Diabete Melitus (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*

\*teste de tendência linear

# Artigo 2

# **Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use**

Maria LV Carret<sup>1,2\*§</sup>, Anaclaudia G Fassa<sup>2\*</sup>, Ichiro Kawachi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health, Catholic University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil - Rua Félix da Cunha, 412, 96010-000, Pelotas, RS, Brazil

<sup>2</sup>Department of Social Medicine, Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil - Av. Duque de Caxias, 250 - 3<sup>rd</sup> floor, 96030-002, Pelotas, RS, Brazil

<sup>3</sup>Department of Society, Human Development, and Health, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA – 677 Huntington Avenue, Kresge Building 7<sup>th</sup> Floor, Boston, MA 02115

\*These authors contributed equally to this work

§Corresponding author

Maria LV Carret: [mvcarret@hotmail.com](mailto:mvcarret@hotmail.com)

Anaclaudia G Fassa: [afassa@terra.com.br](mailto:afassa@terra.com.br)

Ichiro Kawachi: [society@hsph.harvard.edu](mailto:society@hsph.harvard.edu)

- Artigo publicado no BMC Health Service Research 2007, 7:131  
doi: 101186/1472-6963-7-131

## ABSTRACT

### **Background**

The inappropriate use of emergency room (ER) service by patients with non-urgent health problems is a worldwide problem. Inappropriate ER use makes it difficult to guarantee access for real emergency cases, decreases readiness for care, produces negative spillover effects on the quality of emergency services, and raises overall costs.

### **Methods**

We conducted a cross-sectional study in a medium-sized city in southern Brazil. The urgency of the presenting complaint was defined according to the Hospital Urgencies Appropriateness Protocol (HUAP). Multivariable Poisson regression was carried out to examine factors associated with inappropriate ER use.

### **Results**

The study interviewed 1,647 patients over a consecutive 13-day sampling period. The prevalence of inappropriate ER use was 24.2% (95% CI 22.1-26.3). Inappropriate ER use was inversely associated with age ( $P=0.001$ ), longer stay in the waiting room, longer duration of symptoms and morning shift. However, the determinants of inappropriate ER use differed according age groups ( $P$  value for interaction= 0.04). Within the younger age-group (15-49 years), inappropriate ER use was higher among females, patients who reported visiting the ER because there was no other place to go, patients reporting that the doctor at the regular place of care refused to attend to them without a prior appointment, and individuals who reported that the PHC clinic which they use is open for shorter periods during the day. Among older patients (50+ years), those with highest level of education, absence of self-reported chronic diseases and lack of social support were more likely to engage in higher inappropriate ER use.



**Conclusion:** Efforts should be made to redirect inappropriate ER demand. Besides expanding access to, and improving the quality of primary and secondary care, it is important to mobilize social support for older patients, to enhance the relationship between different levels of care, as well as to develop campaigns to educate the public about the appropriate use of medical services.

## 1. BACKGROUND

The inappropriate use of emergency room (ER) service by patients with non-urgent health problems is a worldwide problem, both in countries with publicly funded health systems as well as in those with private security systems [1-7].

The inappropriate use of these services makes it difficult to guarantee access for real emergency cases, decreases the readiness for care, produces negative spillover effects on the quality of emergency services, and raises overall costs [6-9]. However, rationalizing the demand for ER services also depends on the appropriate use of services at other health system levels, e.g. improving access to primary health care (PHC) for preventive services, periodic consultations, and referral to specialists or hospital services when needed [10, 11]. Primary health care is the appropriate setting for continuous care [12]. Continuity of care, in turn, improves the doctor-patient relationship, increases treatment adherence and follow-up, facilitates health education and decreases the inappropriate use of emergency services, hospitalization rates and the number of tests requested [13, 14].

The prevalence of inappropriate demand for emergency health services depends on the criteria used to define appropriateness [1, 14, 15]. According to the literature, patients who inappropriately seek emergency services are mainly young [7, 16, 17], predominantly women [16, 18], and are not referred to the service by a health professional [16].

Several factors may lead patients to choose emergency services instead of primary and specialized health services [19, 20], including: the desire to receive care on the same day [6, 19], the possibility of being attended to in a setting where it is possible to do laboratory and other tests [3], and the belief that ER services are able to solve

complex types of health problems [15, 21]. However, patients frequently underestimate the importance of continuous care, and they often lack the knowledge that their decision to seek ER services may result in the excessive use of medicines and diagnostic tests [9, 13].

In Brazil, the national health care system is characterized by the universality of care (free access), a hierarchical structure with three levels of increasing complexity (primary, secondary and tertiary levels), and an integrated approach to delivering care for all types of health needs [22].

Pelotas is a medium size city located in Southern Brazil, with 323,158 inhabitants, 93% of whom live in urban areas and where the prevalence of illiteracy is 6%. The city has a public health system including 50 primary health care centers (PHC) spread across the city, each staffed (at minimum) by a general physician, a nurse and a receptionist. The secondary level of care comprises specialist physicians, who work in ambulatory clinics, while the tertiary level of care comprises four hospitals and one ER [22].

The objective of this study was to identify the prevalence and risk factors for inappropriate use of ER service in the municipality of Pelotas. Although inappropriate demand for ER services is a well-known problem, there are few studies addressing its causes. Thus, this study may provide important information for addressing the problem and improving health systems performance.

## 2. METHODS

We carried out a cross-sectional study of the ER service utilization in the city of Pelotas, Brazil. Data collection was conducted during the spring of 2004 to monitor ER demand 24 hours a day for 13 consecutive days (9 weekdays, 3 weekend days and 1 holiday). The sampling duration was based on priori sample size calculations (described below). All patients aged 15 years or older were included in our study. The age group was chosen because it corresponds to the age-range within which our outcomes criteria (defining inappropriate ER use) were validated. Individuals were excluded if they had communication difficulties not related to their presenting complaint, or if they were brought to the ER by the police for forensic medical exams. Individuals who returned more than once answered the questionnaire only once. Those who refused to answer the questionnaire after at least three attempts were classified as refusals.

The sample size calculations for our study assumed a prevalence estimate of 27% obtained from Oterino et al [14] which applied the same criteria for inappropriate ER use as in our study. The unexposed/exposed ratio of the independent variables varied from 1:1 to 1:5. These estimated ratios were based on Bianco et al [16] who described a wide range of variables related to access and utilization of services. The sample size was estimated to detect relative risks higher than 1.5 with a confidence level of 95% and statistical power of 80% for all the associations examined in our study. The largest sample size required was for examining the association between source of referral to the ER and inappropriate ER use, which was estimated to require 1,158 subjects (assuming an unexposed/exposed ratio of 1:5, where self-referrals were considered as the 'exposed' category). We inflated our power size estimates by 10% to allow for refusals, as well as by a further 15% to allow for adjustment by confounding factors. Our final

sample size estimate of 1,465 subjects allowed for prevalence estimates with a 3 percent margin of error.

The urgency of the presenting complaint was defined according to the Hospital Urgency Appropriateness Protocol (HUAP), a previously-developed standardized and validated set of criteria [23]. This definition does not take into account the relevance of the clinical care provided at the emergency service, assuming that appropriate use occurs when the presenting complaint was deemed urgent. According to HUAP criteria, a visit was deemed to be urgent if it fulfilled at least one of the following criteria:

1. Criteria of severity

- 1.1. Patients with one of the following conditions (sudden or very recent onset): (a) loss of consciousness; (b) disorientation; (c) coma; (d) sensory loss; (e) sudden loss of sight or hearing.

- 1.2. Patients with one of the following conditions: (a) pulse rate alteration -  $<50$  or  $>140$ bpm; (b) arrhythmia; (c) blood pressure alteration; (d) electrolyte or blood gas alterations (not including patients with chronic alterations of these parameters, such as: chronic kidney failure, chronic respiratory disease, etc); (e) persistent fever – 5 days or more, not controlled after treatment in primary care; (f) active hemorrhage; (g) sudden loss of functional capacity of any part of the body;

2. Criteria for treatment

One of the following procedures: (a) intravenous drugs administration (except to maintain IV access); (b) oxygen administration; (c) setting with plaster casts - except for bandaging; (d) surgical intervention or procedure.

3. Criteria for diagnostic intensity

One of the following: (a) monitoring of vital signs every 2 hours; (b) radiology of any type; (c) laboratory tests - except blood sugar in diabetic patients seeking care for

reasons other than diabetes and glycemia tests with glucose test sticks; (d) electrocardiography – except in patients with chronic cardiac disease who presented for unrelated problems.

#### 4. Other criteria

One of the following: (a) patient has been under observation in the ER for twelve hours or more; (b) patient is admitted to hospital or transferred to another hospital or dies in ER;

#### 5. Criteria used only for patients who self-referred

One of the following: (a) has had an accident (traffic, work-related, in public place,...) and needs to be examined; (b) symptoms suggesting vital emergency: e.g. chest pain, dyspnea with rapid onset, acute abdominal pain; (c) patients with a known condition which usually leads to hospitalization; (d) the patient's physician advised that he/she needed to go to the emergency service if symptoms appear; (e) patients who required quick medical attention, and the hospital was the closest center; (f) other circumstances in self-referred patients – specify.

We collected demographic data - age, sex, skin color and marital status (living with or without a partner). Socioeconomic variables included level of education (years of formal education) and ownership of material assets based on quintiles of an index derived from principal components analyses. Some variables indicating health need were also evaluated: self-reported chronic diseases, self-reported depression and self-reported health status.

Variables relating to PHC utilization and access included: consultation with a primary care provider within the past year; presence of a regular doctor (i.e. the patient went most times to the same doctor, knew his/her name and visited him/her at least once in the previous 12 months); defined place for consultation (the patient had a defined

place go, and visited it at least once in the previous 12 months); health insurance status; the reason for choosing the ER service was that he/she was unable to make an appointment elsewhere; number of shifts per day at the PHC service; whether or not the doctor at the regular place of care refuses to attend patients; access to prescription drugs at the primary care clinic (received any drug prescribed by the PHC provider); had to wait more than 30 days to have a consultation with the specialist, or to receive diagnostic tests in primary care, degree of satisfaction with the health system [24], previous medical evaluation for the same reason prompting the subject to visit the ER, and whether or not the subject was referred by a health worker.

Several variables pertaining to the ER visit were also collected: time elapsed from the onset of symptoms to arrival in the ER (symptom duration); time in the waiting room (from arrival in the ER to the consultation); and the shift during which the ER visit took place. Others variables collected included: social support (evaluated by the availability of someone, e.g. a relative or a friend, to schedule and accompany the patient during the visit), self-reported urgency (whether the problem required immediate medical attention, and was life-threatening or not), and number of consultations in the emergency service in the last three months.

The fieldwork was carried out by 12 trained interviewers (4 during each shift), who were not briefed about the objectives of the study. The field work was supervised by the lead author. Most of the interviews were conducted in the emergency service, but if there was an impediment, the interviews could also be conducted at the hospital or at the patients' homes. In each shift one research assistant filled the patients' identification data, capturing all admitted patients. The variables were coded by the interviewers, and the research coordinator reviewed the work. Epi-Info software was used to double enter the data. Analyses were carried out using Stata 8.0.

The descriptive analysis included calculation of prevalence, means, and standard deviations (SD) of all variables. Crude associations were evaluated by the Chi-square, test for heterogeneity or linear trend. Multivariate analysis was carried out by Poisson regression, using robust variance estimates as appropriate for binary outcomes with high prevalence [25]. The analysis followed a hierarchical modeling strategy, including demographic variables in the first step, socioeconomics variables in the second stage, self reported health needs in the third stage; and, in the final stage, variables related to primary health services. Confounding factors were kept in the multivariate model when associated with the outcome at a significance level lower than 20%. All tests were two-tailed.

The project was approved by the Medical School Ethics Committee of the Federal University of Pelotas (Cocep Number: 40601115), and informed consent was obtained from all subjects. Confidentiality was ensured. This Ethics Committee is in compliance with the Helsinki Declaration.



### 3. RESULTS

During the period of the study, there were 1,974 visits, with 144 individuals returning more than once. Among the 1,830 patients, 71 (3.9%) were not eligible and 112 of the eligible subjects (6.4%) refused to take part in the study, resulting in a final sample of 1,647 patients. For medical or logistical reasons 112 (6.8%) completed the questionnaire outside the ER (at home or in the hospital). The overall prevalence of inappropriate use of ER was 24.2% (95% confidence interval (CI) 22.1 - 26.3). Inappropriate ER use was higher in the younger age group (15-49 years) compared to the older age group (50 years or older) (26.4 and 20.4%, respectively,  $P=0.007$ ).

The mean age of patients was 43.6 years (SD 19.5; range 15-100). Among the sample, 52.1% were female and approximately 3/4 was classified by the interviewers as having white skin color. The median level of education was five years. Almost 55.0% of all patients lived with a partner (Table 1).

One in every three individuals reported at least one lifetime episode of depression. Overall, 71.2% had a defined place of usual care and 28.1% subjects had a regular doctor but only 13.7% of these were referred to the ER by a doctor. One in every six subjects had health insurance, and 8.2% went to ER because it was the sole health service available.

With regard to primary care utilization, 21.4% of the patients had not used primary care, and only 20.3% reported that their PHC clinic remained open throughout the night (regular schedule from 8 am to 10 pm). Five per cent of patients reported that their PHC doctors usually refused to attend patients without a prior appointment. Out of the 668 subjects who reported needing drugs at the last PHC visit, only half had access to the medicines needed; and out of the 423 individuals who needed to have tests, 35.0% had to wait 30 days or more. In addition, among patients who were referred to a specialist by

their primary care provider (N=182), 28.0% had to wait more than 30 days for an appointment.

Only 40.7% of the patients went to the ER on the same day in which their symptoms started, and 12.0% waited more than 10 days to go. Around 1/4 of the subjects were referred to the ER by a health professional. Six percent of the patients had visited the ER three or more times in the previous three months.

Inappropriate use of the ER was 46.0% (P=0.04) more frequent during the morning shift than the dawn hours, and directly associated with symptom duration and with time in the waiting room (P<0.001) (Table 2).

The prevalence of inappropriate consultations was inversely associated with age (P=0.001). However, age was also a modifier of the association between other independent variables and inappropriate use of ER (P value for interaction= 0.04), which suggests that the determinants of inappropriate ER use may differ among younger patients (15 and 49 years) and older patients-(50 years or more). Thus, tables 3 and 4 present multivariate analyses stratified by age.

Table 3 shows the association between the main predictor variables and inappropriate use of the ER in the younger group (15 to 49 years-old). The prevalence of inappropriate use was more frequent among women - prevalence ratio (PR) =1.52 (95%CI 1.23; 1.88). Patients who reported visiting the ER because they were unable to make an appointment elsewhere, as well as patients reporting that their regular doctor refused to attend to them without a prior appointment were around 40% more likely to use the ER inappropriately. Individuals, who reported that the PHC service which they use is open for shorter periods during the day, were also more likely to inappropriately use the emergency services. Those who were referred to the ER by health workers were 30% less likely to have inappropriate utilization.

Among older patients (50 years or more), those with highest level of education had higher rates of inappropriate use, although the p-value was of borderline significance. Inappropriate use of the ER was associated with absence of self-reported chronic diseases (P=0.03) and lack of social support (PR=1.40, 95%CI=1.01, 1.95) (Table 4). None of the other studied variables were associated with inappropriate ER use.

Table 5 compares the urgency criterion used in our study with self-reported urgency. Of the 1,248 instances of appropriate ER, 350 patients did not report their situation as urgent. On the other hand, of the 397 inappropriate ER visits (as defined by our criteria), 250 patients reported that their situation was urgent. Based on the criteria we used, the sensitivity of self-reported urgency was 72%, specificity was 37%, the predictive positive value was 78% and the predictive negative value was 30%. Although the simple percentage of agreement was relatively good (60%), the kappa for agreement between the two variables (both coded as yes/no) was very poor (0.083).

#### 4. DISCUSSION

The results of our study indicate a significant prevalence of inappropriate ER use in the city of Pelotas, Brazil. Age was an effect modifier of the association between inappropriate ER use and other predictors. Among younger patients (< 50 years), the prevalence of inappropriate use was higher among women, those who visited the emergency service because they were unable to make an appointment elsewhere, those who reported that their usual PHC clinic was opened for shorter hours, those who reported that their primary care providers refused to attend to patients without a prior appointment, and those who were not referred to the ER by health workers. For older patients (50+ years) the absence of chronic diseases and lack of social support were the main factors associated with inappropriate ER use. The study also showed that self-reported urgency is a poor indicator of appropriateness.

Pelotas has only one emergency service [22] that attends all public demand, as well as the majority of patients with private health insurance. There was a low percentage of missing data and refusals, and it is likely that our sample was representative of ER utilization within the city.

There are several criteria for determining the appropriateness of ER service utilization, including observation time needed, health professionals' perceptions, and resources required for medical evaluation. The HUAP is a validated and widely used set of criteria [23]. Nonetheless some level of misclassification is possible, e.g. classifying some inappropriate use as appropriate (false-positive). This misclassification would tend to bias any association towards the null. A validation study using experts as the gold standard showed that 55% of the cases were inappropriate compared with only 24% considered inappropriate by the HUAP. The study also reported that only in one case

did the HUAP classify a visit as inappropriate when the clinical reviewers considered it appropriate [23].

Although the prevalence of inappropriate use reported in the literature varies [2], the figures in our study are comparable to studies in other settings which used the same criteria [14, 23]. In other words, up to one quarter of visits to the ER should have been dealt with in the primary health care (PHC) setting. The literature emphasizes overcrowding of services, increased health care costs, and decreased urgent care quality as the main consequences of inappropriate ER use [6-9]. However, it is important to consider that inappropriate use could also have a deleterious impact on those using ER inappropriately. Such patients often receive medications to relieve symptoms but not for the long-term management of their conditions; nor do they receive the results of their exams or follow up visits, i.e. they are not managed in an integrated manner for optimal care [8, 13, 26].

Older patients had less inappropriate use than younger subjects, consistent with most of the prior literature [1, 5, 6, 16]. This pattern could be due to the higher prevalence of chronic and comorbid diseases among older individuals [27], which more often require immediate attention and complex care (tests and drugs).

As expected, a higher prevalence of inappropriate use was associated with longer stay in the waiting room and longer duration of symptoms [14, 16]. This finding suggests that there is quite efficient triage. As found in prior studies [4, 14], inappropriate use was higher during the morning shift. Afilalo et al, for example, found that non-urgent patients were less likely to go to the ER between 4:00PM and 8:00AM [28].

The study showed that the factors associated with an inappropriate use of the ER differed between two age groups. Among younger individuals, women used the ER

more inappropriately than men, in agreement with several studies [6, 14]. This result could be related to women's social situation, such as having more free or flexible time, as well as more often being non-workers or unemployed compared to men [6]. Moreover, the women consult more at all levels of care and frequently have facilitated access to health services in general [20].

Within age strata, poor expectations about PHC access (such as lacking other places to go, or having PHC doctors who refuse to see patients without a prior appointment, or a PHC outlet that was open for shorter periods during the day) were associated with inappropriate ER use, which is in agreement with other studies [10, 29]. The lack of association between inappropriate ER use and waiting longer for tests, or lacking access to drugs suggests that access to PHC – as opposed to characteristics related to PHC quality - exert a greater impact on inappropriate use of the ER.

Associations between appropriate ER use and having a regular doctor, a defined place for consultation, as well as access to health insurance, have each been described in the literature [9, 13, 18, 20]. However, we did not find these associations, in common with other authors [5]. Just a few subjects with a regular doctor were referred to the ER by a physician, which may indicate difficulty in accessing them. Consistent with the report by Bianco et al [16], our study showed that self or relative-referred patients were more likely to use ER inappropriately.

Some of the variables concerning PHC utilization and access relied on recall over the past 12 months, which could have resulted in recall bias. However, Reijneveld [30] showed good to excellent agreement between retrospective self-report and registered utilization of health care with the same recall period.

Among older patients, level of education had a direct borderline association with inappropriate ER use, indicating disparity in public health care access. This finding is in

agreement with the prior literature [5, 7]. Variables related to PHC were not associated with inappropriate use; however, the statistical power for some associations was low. Absence of chronic disease and lack of social support were associated with inappropriate ER use. Most chronic patients ended up having tests performed or being medicated when they attended the ER. However, some of their visits to ER could probably be avoided if the PHC were more easily accessible [27].

The association between lack of social support and inappropriate use is consistent with a review article which reported that older patients lacking social support more often sought care in the ER [17]. Coleman et al, studying patients 60 years or older, found that those who received visits emphasizing self-management of chronic illness, peer support, regular contact with the primary care team, and participation of their spouses and caregivers, tended to end up with fewer ER visits [27]. Despite the scant literature on this subject, the association is plausible and is in agreement with more general studies showing higher access to health services, including PHC services and more appropriate usage among elderly with high social support [31].

## 5. CONCLUSIONS

Our study contributes to the understanding of inappropriate use of ER, using a standardized protocol to measure the outcome and suggests that factors associated with inappropriate use varies according to age. Our findings are likely to be generalizable to other Brazilian cities and may be useful for understanding the problem in other countries with a public health system.

There is good evidence of the association between PHC access and inappropriate use of ER in the younger group and among the older group social support might be a marker for the potential benefits of PHC access [31]. Thus, efforts should be made to redirect inappropriate ER demand by expanding access to PHC. This does not mean just expanding services, extending hours of service, or increasing the supply of health professionals [10]. The PHC admission process should be improved, implementing a system of triage that determines the proper place to provide patient care and that addresses the health needs of those who can be attended at the PHC giving them timely advice and treatment. For older patients it is also important to mobilize social support. The relationships between different levels of care need to be enhanced; specifically referring patients back from the ER to their sources of primary care. A sub-group of patients routinely consult at the ER, and this group should be targeted for integration within the PHC system.

Education efforts are also crucial and should focus on how to use health services appropriately, as well as explain to the public about the type of care provided in the ER and the risks and disadvantages of using these services as the primary source of care.

Future studies should take into account the heterogeneous determinants of inappropriate ER use among different age groups. Qualitative approaches would be



helpful in furthering our understanding of patient motivations to use the ER inappropriately.

### **Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

### **Authors' contributions**

MLVC and AGF designed the project, supervised the field work, performed the data analyses and wrote the paper.

IK contributed to planning the analyses and writing the paper.

### **Acknowledgements**

This article was supported by CNPq through a scholarship to the first author. This scholarship allowed her to attend the Takemi Program in International Health at Harvard School of Public Health and to dedicate her time to write this paper.

## 6. REFERENCES

1. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, Giguere C: Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004, 11(12):1302-1310.
2. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K: Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australas* 2005, 17(5-6):472-479.
3. Coleman P, Irons R, Nicholl J: Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001, 18(6):482-487.
4. Derlet RW: Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002, 39(4):430-432.
5. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, Chow S: Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2000, 51(7):1075-1085.
6. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A: Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003, 44(5):585-591.
7. 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.
8. 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.

9. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC: The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002, 19(2):207-210.
10. Roberts E, Mays N: Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy* 1998, 44(3):191-214.
11. Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ: The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Acad Emerg Med* 2002, 9(11):1140-1145.
12. Rask KJ, Williams MV, McNagny SE, Parker RM, Baker DW: Ambulatory health care use by patients in a public hospital emergency department. *J Gen Intern Med* 1998, 13(9):614-620.
13. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M: The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000, 9(4):333-338.
14. Oterino D, Peiro S, Calvo R, Sutil P, Fernandez O, Perez G, Torre P, Lopez M, Sempere T: [Accident and emergency department inappropriate utilization. An evaluation with explicit criteria]. *Gac Sanit* 1999, 13(5):361-370.
15. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, Angelico V, Fonseca L, Loureiro E, Barroso S *et al*: Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001, 37(6):580-586.
16. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF: Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003, 117(4):250-255.

17. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B: Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol* 1997, 13(2):223-228.
18. Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA: Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998, 36(8):1249-1255.
19. 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):14-17, 37.
20. Mendoza-Sassi R, Beria JU: [Health services utilization: a systematic review of related factors]. *Cad Saude Publica* 2001, 17(4):819-832.
21. Razzak JA, Kellermann AL: Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bull World Health Organ* 2002, 80(11):900-905.
22. Facchini LA TE, Thumé E: Plano municipal de saúde 2003 - 2004. In *Secretaria Municipal de Saúde*. Pelotas: Prefeitura Municipal de Pelotas; 2003.
23. Sempere Selva T, Peiro S, Sendra Pina P, Martinez Espin C, Lopez Aguilera I: [Validity of the Hospital Emergency Suitability Protocol]. *Rev Esp Salud Publica* 1999, 73(4):465-479.
24. Andrews FM, Withey SB: Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. . 1976.
25. Barros AJ, Hirakata VN: Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003, 3:21.

26. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I: Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001, 37(6):568-579.
27. 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.
28. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, Lloyd J: Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995, 13(2):259-264.
29. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW: Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002, 9(9):916-923.
30. Reijneveld SA, Stronks K: The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *Int J Epidemiol* 2001, 30(6):1407-1414.
31. Sawyer Diana Oya LIIdC, Alexandrino Ricardo: [Profiles of health services utilization in Brazil]. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002, 7(4):757-776.

## 7. TABLES

**Table 1.** Sample description of the use of emergency services. Pelotas, Brazil, 2004

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Age in years (N=1647)</b>		
15 – 19	158	9.6
20 – 34	471	28.6
35 – 49	411	25.0
50 – 64	321	19.5
65 or more	286	17.4
<b>Sex (N= 1647)</b>		
Male	789	47.9
Female	858	52.1
<b>Skin color (N=1646)</b>		
White	1264	76.8
Non-white	382	23.2
<b>Marital status (N=1647)</b>		
Living without a partner	748	45.4
Living with a partner	899	54.6
<b>Level of education – years of formal education (N=1643)</b>		
0	197	12.0
1-4	399	24.3
5-8	660	40.2
9-11	326	19.8
12 or more	61	3.7
<b>Quintiles of an index derived from principal components analyses (N= 1642)</b>		
1 (poorest)	455	27.7
2	246	15.0
3	303	18.5
4	311	18.9
5 (richest)	327	19.9

**Table 2.** Characteristics of inappropriate use of emergency service. Pelotas, Brazil, 2004

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>Prevalence (%)</b>	<b>Crude PR (95% CI)</b>	<b>P</b>
<b>Shift during which the ER visit took place</b>				
Morning (7am – 1pm)	416	27.9	1.46 (1.02 – 2.10)	0.04
Afternoon (1pm -7pm)	556	24.6	1.29 (0.90 – 1.85)	0.16
Night (7pm – 1am)	522	22.2	1.16 (0.81 – 1.68)	0.41
Daybreak (1am – 7am)	152	19.1	1.00	
<b>Time taken from the onset of symptoms to arrival in the ER</b>				
< 1 day	670	14.8	1.00	<0.001*
1 - 10 days	777	30.2	2.04 (1.66 – 2.52)	
11 days or more	198	32.3	2.18 (1.66 – 2.87)	
<b>Time in the waiting room</b>				
Up to 5 minutes	663	16.4	1.00	<0.001*
6 - 15 minutes	486	26.5	1.61 (1.29 – 2.03)	
16 - 30 minutes	312	31.1	1.89 (1.49 – 2.40)	
31 minutes or more	178	33.7	2.05 (1.57 – 2.68)	

PR: prevalence ratio, ER: Emergency Room, CI: confidence interval, \* Test for linear trend

**Table 3** – Variables associated with inappropriate use of emergency services (15 - 49 years-old): crude and multivariable analysis. Pelotas, Brazil, 2004

Variables	N	Prevalence (%)	Crude PR (95% CI)	P	Adjusted PR (95% CI)	P
<b>First level</b>						
<b>Sex</b>				<0.001		<0.001
Male	513	20.9	1.00		1.00	
Female	526	31.8	1.52 (1.23 – 1.88)		1.52 (1.23 – 1.88)	
<b>Skin color</b>				0.09		0.11
White	793	25.1	1.00		1.00	
Non-white	246	30.5	1.21 (0.97 – 1.52)		1.20 (0.96 – 1.50)	
<b>Marital status</b>				0.15		0.12
Living without a partner	588	28.6	1.16 (0.95 – 1.42)		1.17 (0.96 – 1.44)	
Living with a partner	452	24.7	1.00		1.00	
<b>Second level</b>						
<b>Level of education – years of formal education</b>				0.13*		0.15*
0 - 4	210	21.0	1.00		1.00	
5-8	493	28.0	1.34 (0.99 – 1.80)		1.35 (1.00 – 1.81)	
9 or more	336	27.5	1.31 (0.96 – 1.80)		1.31 (0.95 – 1.80)	
<b>Third level</b>						
<b>Fourth level</b>						
<b>Visited PHC</b>				0.02 <sup>#</sup>		0.17 <sup>#</sup>
Last year	517	30.4	1.00		1.00	
Longer than one year	234	23.5	0.77 (0.59 – 1.01)	0.06	0.79 (0.60 – 1.03)	0.08
Never went there	283	21.6	0.71 (0.55 – 0.92)	0.01	0.82 (0.57 – 1.17)	0.27
<b>Regular doctor</b>				0.19		0.12
No	243	27.4	1.19 (0.92 – 1.54)		1.23 (0.95 – 1.60)	
Yes	797	23.1	1.00		1.00	
<b>The reason for choosing the emergency service was that he/she was unable to make an appointment elsewhere</b>				0.009		0.04
No	964	25.4	1.00		1.00	
Yes	76	38.2	1.50 (1.10 – 2.04)		1.38 (1.01 – 1.89)	
<b>Number of shifts per day at the PHC service</b>				0.004 <sup>#</sup>		0.009 <sup>#</sup>
One shift	116	31.9	1.64 (1.11 – 2.42)	0.01	1.63 (1.11 – 2.40)	0.01
Two shifts	548	29.9	1.54 (1.13 – 2.10)	0.006	1.53 (1.12 – 2.08)	0.007
Three shifts	201	19.4	1.00		1.00	
Did not use the PHC	125	18.6	0.96 (0.60 – 1.52)	0.85	0.99 (0.61 – 1.61)	0.97
<b>Doctor at the regular place of care refuses to attend without previous appointment</b>				0.009		0.04
No	947	25.4	1.00		1.00	
Yes	55	40.0	1.58 (1.12 – 2.22)		1.44 (1.02 – 2.02)	
<b>Subject was referred by a health worker</b>				0.03		0.05
No	866	27.6	1.44 (1.04 – 1.99)		1.40 (1.01 – 1.94)	
Yes	172	19.2	1.00		1.00	

PR: prevalence ratio, CI: confidence interval, \* Test for linear trend, # Test for heterogeneity, PHC: primary health care, Variables in the third level and variables not presented in the first and fourth level had p-value>0,2 and were excluded from the final model



**Table 4** – Variables associated with inappropriate use of emergency services (patients with 50+ years-old): crude and multivariable analysis. Pelotas, Brazil, 2004

Variables	N	Prevalence (%)	Crude PR (95% CI)	P	Adjusted PR (95% CI)	P
<b>Second level</b>						
<b>Level of education – years of formal education</b>						
0 - 4	386	18.4	1.00	0.06*	1.00	0.06*
5 - 8	167	23.4	1.27 (0.90 – 1.79)		1.27 (0.90 – 1.79)	
9 or more	51	27.5	1.49 (0.91 – 2.44)		1.49 (0.91 – 2.44)	
<b>Third level</b>						
<b>Self-reported chronic diseases**</b>						
No	92	29.4	1.57 (1.09 – 2.26)	0.02	1.50 (1.03 – 2.17)	0.03
Yes	513	18.7	1.00		1.00	
<b>Fourth level</b>						
<b>Social support</b>						
No	250	25.6	1.52 (1.11 – 2.08)	0.009	1.40 (1.01 – 1.95)	0.05
Yes	355	16.9	1.00		1.00	

PR: prevalence ratio, CI: confidence interval, \* Test for linear trend, \*\* Self-reported chronic diseases: diabetes, arterial hypertension, bronchitis, asthma, emphysema, heard disease, rheumatism and others. Variables in the first level and variables not presented in the third and fourth level had p-value>0,2 and were excluded from the final model

**Table 5.** Self-reported urgency and urgency as defined by the Urgency Hospital Adequate Protocol (PAUH) comparison. Pelotas, Brazil, 2004

		<b>Urgency by definition</b>		
		<b>Yes</b>	<b>No</b>	
<b>Self-reported urgency</b>	<b>Yes</b>	(a) 898	(b) 250	1148
	<b>No</b>	(c) 350	(d) 147	497
		1248	397	1645

# **Artigo 3**

# **Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: Uma revisão sistemática**

**Prevalence and associated factors with emergency service inappropriate use of: a systematic review**

**Maria Laura Vidal Carret<sup>1,2</sup>  
Anaclaudia Gastal Fassa<sup>1</sup>  
Marlos Rodrigues Domingues<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Avenida Duque de Caxias, 250 3º piso. CEP: 96030-002, Pelotas,RS, Brasil

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas,RS, Brasil

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

Endereço para correspondência:

Maria Laura Vidal Carret

Rua Laura de Souza Lang, 76; CEP: 96020-630; Pelotas, RS

Correio eletrônico: [mvcarret@hotmail.com](mailto:mvcarret@hotmail.com)

- Este trabalho contou com o apoio financeiro do CNPq na forma de bolsas de doutorado sanduíche e de iniciação científica.
- Artigo baseado em dissertação de doutorado que será apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. (Título da dissertação: Demanda do Serviço de Saúde de Emergência: Características e Fatores Associados ao Uso Inadequado).
- Encaminhado para publicação nos Cadernos de Saúde Pública, São Paulo
- Título abreviado: Uso Inadequado do Serviço de Emergência

## **RESUMO**

Realizou-se uma revisão sistemática sobre prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência (SE), em adultos. Foram incluídos 31 artigos dos últimos 12 anos, após excluir os que não especificavam a operacionalização do desfecho. A maioria dos estudos apontou prevalência de uso inadequado entre 20 e 40%. Pessoas mais jovens, mulheres, maior nível socioeconômico, sem co-morbidades, menor gasto com saúde, não ser encaminhado por profissional de saúde, não ter médico regular ou local regular de cuidado e ter dificuldade de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) estiveram diretamente associadas ao desfecho. Os motivos que levam esta população a consultar inadequadamente ainda não estão completamente esclarecidos. Esta revisão indica que problemas no acesso à APS são determinantes importantes de uso inadequado. Assim, é necessário que a APS realize um acolhimento qualificado, com uma triagem eficiente de forma a atender rapidamente os casos que não podem esperar. Além disso, é preciso esclarecer a população sobre as situações em que devem procurar o SE e sobre as desvantagens de consultar no SE quando o caso não é realmente urgente.

**Palavra Chave:** 1. Serviços Médicos de Emergência; 2. Estudos de Avaliação; 3. Mau Uso de Serviços de Emergência; 4. Atenção Primária à Saúde; 5. Literatura de Revisão.

## **ABSTRACT**

It was carried out systematic review about prevalence and associated factors of inappropriate use of emergency room (ER), in adults. It was included 31 articles in the last 12 years, after excluding those not specifying of the outcome operationalization. Most of the studies pointed a prevalence of inappropriate use between 20 and 40%. Younger people, women, higher socioeconomic level, those without co-morbidity, lower cost of health service, not being referred by health professional, not having a regular doctor or a regular place for health care and difficulty to access primary health care (PHC) were directly associated with the outcome. The population reasons to use ER inappropriately are not completely clarified. This review indicates PHC access problems are important determinants of inappropriate use. Thus, it is necessary to do a PHC qualified reception, with an efficient triage in order to promptly attend cases that can not wait. Moreover, it is needed to clarify the population about situations when they have to go for the ER and about the disadvantages of consulting at ER when the case is not really urgent.

**Key-words:** 1. Emergency Health Service; 2. Evaluation of Health Service; 3. Inappropriate Use of Health Service; 4. Primary Health Care, 5. Systematic Review

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento de urgência tem por objetivo a realização de procedimentos que aliviem de forma imediata situações pontuais, não tendo qualquer pretensão de realização de cuidado continuado<sup>1</sup>. Entretanto, os pacientes freqüentemente procuram inadequadamente o serviço de emergência (SE), uma vez que este presta uma assistência imediata com realização de exames e administração de medicação para alívio dos sintomas. Este uso inadequado, por um lado, onera o sistema de saúde, e aumenta a demanda do SE com atendimentos que poderiam estar sendo mais bem manejados em outro nível de atenção e que de certa forma competem com casos realmente urgentes. Por outro lado, a visita inadequada do SE gera um atendimento em que não se realiza um adequado vínculo com o serviço de saúde, onde o paciente além de receber o atendimento para alívio de seus sintomas, poderia receber educação em saúde, e articular um atendimento continuado de forma a prevenir complicações e novas doenças<sup>2-4</sup>.

O uso inadequado do serviço de emergência é um problema comum em vários países; deste modo, o assunto vem sendo estudado a mais de duas décadas<sup>5</sup>. No entanto, a grande variabilidade de critérios utilizados para caracterizar uso inadequado do serviço de emergência tem dificultado a realização de revisões sistemáticas sobre o tema<sup>6</sup>. Um grande número de estudos avalia a prevalência do problema, um número também expressivo avalia fatores associados ao uso inadequado do SE, mas a maioria dos estudos restringe-se a avaliação dos fatores sociodemográficos sem aprofundar outros aspectos, como por exemplo, aqueles relacionados a outros níveis de atenção.

As revisões sistemáticas encontradas abordaram perfil histórico do uso inadequado nos EUA<sup>7</sup>, critérios para definir inadequação do SE<sup>8</sup>, padrão de utilização do SE em idosos<sup>9</sup> e o papel da expansão da APS e das experiências ruins na APS na determinação

do uso inadequado em publicações do período de 1971 a 1997<sup>10</sup>. Entretanto, apesar das revisões existentes, não existem artigos recentes que sumarizem os achados de prevalência de uso inadequado do SE, bem como de seus determinantes, em particular aqueles relacionados às necessidades em saúde e a acesso ao serviço de saúde. Assim, este artigo apresenta uma revisão sistemática da literatura explorando os principais critérios utilizados para caracterizar o uso inadequado do SE, identificando a prevalência do problema e examinando o estado da arte no que se refere a fatores associados ao uso inadequado do SE. O conhecimento sobre a prevalência e os fatores associados ao uso inadequado do SE pode orientar a definição de políticas de saúde voltadas para a redução do problema.

## **2. MÉTODOS**

Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados MEDLINE (*National Library of Medicine, USA*), LILACS (*Latino-American and Caribbean Literature in Health Science*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), *Harvard electronic library (USA)*, *site da OMS (Organização Mundial da Saúde)*, *free medical journals site* e Biblioteca do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Além disso, todas as referências dos artigos inicialmente selecionados foram revisadas. Os critérios de inclusão dos artigos utilizados foram: artigos indexados, publicados desde 1995, com amostras de adultos, que medissem prevalência e/ou fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência. Foram excluídos artigos que não apresentavam claramente os critérios utilizados para a definição do desfecho.

Buscou-se as seguintes palavras em todos os campos (*all fields*): *inappropriate, inadequate, nonurgent, non-urgent, misuse, appropriateness, unnecessary,*

*nonemergency, demand, visits, consultation AND emergency department, emergency service, emergency services, emergency room, urgency department, urgency service, urgency services, urgency room*, bem como seus correspondentes em espanhol e português.

### **Avaliação qualitativa**

Os artigos selecionados que avaliaram fatores associados ao uso inadequado do SE foram classificados, conforme os Critérios de Downs & Black<sup>11</sup>. Uma vez que não foi selecionado nenhum estudo experimental, os itens aplicáveis apenas a este tipo de estudo foram excluídos. Através deste critério foi avaliado se:

As hipóteses e objetivos do estudo foram descritos;

Os principais desfechos a serem medidos foram descritos;

As características dos sujeitos incluídos no estudo foram descritas (coorte ou caso-controle);

A distribuição dos principais fatores de confusão, em cada grupo de comparação foi descrita;

Os principais achados do estudo foram descritos;

Em estudos de coorte, as características dos sujeitos perdidos durante o acompanhamento foram descritas;

A probabilidade de associação (P-valor) com os principais desfechos foram relatados com precisão;

A amostra selecionada para o estudo foi representativa;

A amostra incluída no estudo foi representativa;

Ficou claro quando os resultados não foram baseados em hipóteses estabelecidas *a priori*;



Em estudos de corte, as diferentes durações de acompanhamento foram ajustadas na análise; ou, em estudos de caso controle, o tempo entre determinantes e desfecho foi igual para casos e controles;

Os testes estatísticos utilizados para medir os principais desfechos foram adequados

As medidas para avaliar os principais desfechos foram acuradas;

Os indivíduos nos diferentes grupos foram recrutados da mesma população;

Os indivíduos nos diferentes grupos foram recrutados no mesmo período de tempo;

Os principais fatores de confusão foram adequadamente ajustados na análise;

As perdas de indivíduos durante o acompanhamento foram consideradas;

O poder do estudo para detectar efeitos importantes foi suficiente, com um nível de significância de 5%.

Dois epidemiologistas realizaram a pontuação, em um total de 18 itens avaliados segundo Downs & Black, pontuando, no máximo, 19 pontos. Sempre que houve divergência, os profissionais chegaram a um consenso.

#### **Extração dos dados e síntese**

Os dados foram extraídos dos estudos, com referido ano de publicação, país onde o estudo foi conduzido e delineamento. Para avaliação dos fatores associados com uso inadequado, levou-se em conta a pontuação de Downs & Black, as características dos estudos e suas medidas de efeito, analisando-se a consistência dos resultados encontrados.

### **3. RESULTADOS**

Foram identificados 5124 artigos nas bases de dados on-line, 4938 estudos foram eliminados através da leitura do título e resumo, pois não se referiam ao desfecho

estudado. Dos 186 estudos restantes, foram selecionados os 31 que avaliaram prevalências e 22 que mediram fatores associados ao uso inadequado do SE.

### **Crítérios para definir uso inadequado de SE**

Os critérios utilizados para definir uma consulta ao SE como inadequada, variaram bastante entre os estudos. Os aspectos mais frequentemente considerados foram o intervalo de tempo que o indivíduo poderia aguardar para receber intervenção, avaliação médica de risco de morte ou de lesão em órgão alvo e o recurso necessário para este atendimento (disponível ou não apenas no SE). Outros aspectos utilizados foram: autopercepção de urgência, necessidade de exames para diagnóstico, necessidade de tratamento imediato, necessidade de observação e outros (Tabela 1). Em cada um dos itens anteriormente descritos havia também uma grande variação. Por exemplo, a lista de exames considerados na definição de urgências variou em cada critério.

Foram identificados dois critérios padronizados para definir uso inadequado: o Critério Canadense de Escala de Urgência (CTAS) <sup>12</sup>, que classifica o atendimento do SE em 5 níveis de gravidade, baseado no tempo de espera permitido para o paciente ser avaliado pelo médico, no risco de morte, nos sinais vitais, no nível de dor, na possibilidade de complicações e na origem da lesão; e o Protocolo para Utilização Adequada do Serviço de Emergência (PAUH) <sup>13-16</sup>, que estabelece como urgente sempre que um dos itens avaliados seja contemplado. Este protocolo leva em consideração critérios de gravidade (por exemplo, alterações de sinais vitais e hemorragias ativas), de diagnóstico (por exemplo: solicitação de exame laboratorial ou radiológico), de tratamento (por exemplo: necessidade de medicamento endovenoso), quanto à origem da necessidade de ir ao SE (por exemplo: proveniente de acidente de trânsito, sintoma que sugere urgência vital)(Tabela 1).

## **Prevalência**

A prevalência de uso inadequado do SE variou de 10 a 90%, conforme o critério utilizado, estando em quase metade dos estudos entre 24 a 40%<sup>6, 12-14, 16-26</sup>. Todos estes artigos apresentaram critérios semelhantes, avaliando número de horas que o paciente poderia aguardar, sem risco de morte, necessidade de exames ou tratamentos, necessidade de hospitalização, possibilidade de tratamento em outro local e tempo de observação (Tabela 1).

Dos onze artigos que tiveram prevalências de uso inadequado do SE iguais ou maiores de 45%, sete deles<sup>6, 15, 27-32</sup> utilizaram critérios mais rígidos para definir uso adequado do SE, como, por exemplo, necessitar de observação por mais de 12 horas ou necessitar de hospitalização; outros três<sup>33-35</sup> utilizaram amostras que excluía populações que apresentavam maior gravidade. Por outro lado, entre os sete estudos<sup>6, 36-41</sup> que encontraram prevalências menores que 20%, três deles utilizaram a autopercepção de urgência como definição de uso adequado do SE<sup>6, 37, 38</sup>; outros dois utilizaram critérios mais rígidos para definir uso inadequado<sup>36, 41</sup>; e, o estudo de Finn et al<sup>40</sup> avaliaram população de mais baixo risco para uso inadequado (65 anos ou mais) (Tabela 1).

## **Caracterização dos estudos de associação**

Foram incluídos na revisão 19 estudos transversais, 2 de caso controle e 1 de coorte. Oito estudos foram em países europeus, 7 na América do Norte, 1 na América Central, 1 na Oceania, 3 na China e 2 na América do Sul.

O escore metodológico variou entre 5 e 13 pontos com uma média de 9 pontos (mediana= 8 pontos). Dos estudos avaliados, 5 tiveram escore de 7 ou menos e 8 tiveram escores de 10 ou mais. Além das limitações referentes ao delineamento do estudo (6 itens não puderam ser pontuados em 19 estudos, por serem transversais), as principais limitações quanto à classificação de Downs & Black foram aquelas relacionadas à análise de dados, como a realização somente de análise univariada, e a falta de descrição da estratégia utilizada na análise multivariada; ou, à representatividade da amostra recrutada. A pontuação de cada estudo é apresentada na tabela 2.

### **Características do uso inapropriado do SE**

Quanto ao horário de chegada no SE a madrugada (00:00 às 8:00 horas) foi o período de uso mais adequado do SE<sup>13, 14, 21-23, 28</sup>, e o turno da manhã e tarde foram os momentos de maior utilização do SE por pacientes com queixas inadequadas<sup>13, 21</sup>. Dia da semana não esteve associado com uso inapropriado<sup>12, 14, 22, 37</sup>. A duração dos sintomas, após controlar para fatores de confusão, esteve diretamente associado com uso inadequado do SE<sup>12, 13, 22, 37</sup>.

Os três estudos que avaliaram associação de meio de transporte<sup>12, 16, 26</sup> com uso inadequado encontraram resultados variados, o que pode ser explicado pela variabilidade das características de cada local quanto ao porte da cidade, nível socioeconômico da população, qualidade do transporte coletivo e disponibilidade de serviço de ambulância entre outros. Na maioria dos estudos que investigou a proximidade do SE, não houve associação significativa com uso inapropriado<sup>14, 16, 32, 37</sup>. No entanto, Oktay et al<sup>21</sup>, identificaram que a proximidade do SE era o principal motivo de consulta inadequadas. Da mesma forma, Young et al<sup>35</sup> encontraram que a distância

foi uma das barreiras à utilização da APS pelos indivíduos que consultavam inadequadamente o SE.

### **Variáveis demográficas**

A associação inversa entre idade e uso adequado do SE foi encontrada por 16 estudos<sup>12-14, 16, 19, 21-23, 25, 30-34, 37, 42</sup>. Apenas dois estudos<sup>40, 43</sup> não demonstraram esta associação, sendo a população estudada, no primeiro, formada por adultos com 65 anos de idade ou mais e; o segundo estudo, além de apenas comparar as médias de idade em dois grupos, apresentou a menor pontuação pelos critérios de Downs & Black.

A associação com sexo foi avaliada em 16 estudos, sendo que oito deles<sup>13, 14, 21, 22, 25, 30, 34, 37</sup> observaram, em análise multivariada, que as mulheres apresentaram mais chance de consultar inadequadamente no SE. Nesses estudos, o RR variou entre 1,12 a 1,56. Carret et al, ao estratificar em dois grupos de idade, encontraram essa associação apenas no grupo mais jovem (15 a 49 anos) (RR=1,52, P<0,001)<sup>13</sup>.

Entre aqueles em que a associação com sexo não foi encontrada<sup>12, 16, 19, 23, 31, 32, 40, 43</sup>, cinco<sup>16, 19, 23, 31, 43</sup> deles tinham realizado apenas análise univariada, e/ou apresentavam baixa pontuação pelos critérios de Downs & Black e Finn et al estudaram apenas indivíduos com 65 anos ou mais<sup>40</sup>. Dois outros estudos que não encontraram associação com sexo eram de caso-controle; no entanto, comparavam populações com problemas de saúde semelhantes que optaram por ir ao SE ou ao serviço ambulatorial, enquanto os demais comparavam população que consultou inadequadamente, com quem consultou de forma adequada no SE<sup>12, 32</sup>. O estudo de Shah et al foi realizado no Kuwait onde importantes diferenças culturais que poderiam explicar esta falta de associação<sup>31</sup>.

Entre seis estudos<sup>12, 13, 16, 31, 34, 37</sup> que avaliaram situação conjugal, apenas Afilalo et al demonstraram associação entre viver só e uso adequado do SE (valor P= 0,046)<sup>12</sup>. A

raça ou cor da pele foi avaliada em cinco estudos, entretanto como foi categorizada de formas diferentes, não foi possível sumarizar os resultados<sup>13, 25, 30, 34, 43</sup>.

### **Variáveis socioeconômicas**

Três estudos encontraram associação direta entre nível socioeconômico (escolaridade<sup>22, 31</sup> e renda<sup>21</sup> e uso inadequado do SE<sup>21, 22, 31</sup>. Bianco et al<sup>37</sup> obtiveram associação direta limítrofe entre escolaridade e uso inadequado do SE (P=0,052), bem como, Carret et al<sup>13</sup>, para o grupo com 50 anos ou mais (P=0,06). Lee et al<sup>32</sup> não encontraram associação entre escolaridade e uso inadequado, mas observaram que indivíduos que moravam em casa própria utilizavam mais inadequadamente o SE que aqueles que consultavam na APS com queixas semelhantes.

Três estudos não encontraram associação entre nível sócio-econômico e o desfecho<sup>12, 26, 34</sup>, no entanto, Petersen et al<sup>34</sup> compararam grupos com mais àqueles com menos de 12 anos de estudo e Afilalo et al<sup>12</sup> apenas realizou análise univariada para esta associação. Por outro lado, Sarver et al<sup>25</sup> num estudo de coorte de uma população que referia ter local regular de consulta que não o SE obtiveram relação inversa entre renda e uso inadequado do SE.

Na maioria dos estudos, situação ocupacional não se mostrou associada com uso inadequado do SE<sup>12, 13, 25, 34, 43</sup>. Lee et al encontraram uma proteção para consulta inadequada naqueles que trabalhavam parte do tempo ou nas donas de casa, comparados aos que trabalhavam todo o dia<sup>32</sup>. Pereira et al, observaram que as mulheres aposentadas consultavam 70% mais adequadamente no SE que as assalariadas, mesmo após ajuste para idade<sup>22</sup>.

### **Necessidade em saúde**

Alguns autores relataram que pessoas sem doenças crônicas ou co-morbidades consultaram mais inadequadamente no SE<sup>12, 14, 40</sup>, enquanto outros autores encontraram

o mesmo em um grupo etário específico (50 anos e mais)<sup>13</sup> ou em pessoas sem comorbidades específicas (cardíacas e pulmonares)<sup>34</sup>. A magnitude da associação variou entre 1,5 e 2,0. Por outro lado, Bianco et al<sup>37</sup>, Carret et al<sup>13</sup> entre adultos menores de 50 anos e Peterson et al estudando outras co-morbidades (câncer, diabete melitus, hipertensão arterial sistêmica) não encontraram associação com o desfecho<sup>34</sup>.

Com relação a autopercepção de saúde, três autores<sup>12, 13, 34</sup> não identificaram associação com o desfecho. No entanto, Sarver et al apontaram que indivíduos com pior autopercepção de saúde tinham quase três vezes mais consultas inadequadas que aqueles que tinham boa à ótima percepção de sua saúde, mas neste caso a autopercepção de saúde foi avaliada fora do SE<sup>25</sup>.

#### **Acesso ao serviço de saúde**

#### **Custo e forma de pagamento pela consulta**

Para três autores, o custo da consulta esteve associado ao uso inadequado. Oktay et al encontraram que aqueles que pagaram para consultar utilizaram o SE 60% mais adequadamente que aqueles que não pagaram<sup>31</sup>. O estudo de Lee et al, atribuiu à preferência por utilizar a APS ao invés do SE por queixas ambulatoriais ao menor custo da APS<sup>32</sup>, enquanto Young et al apontaram que havia uma maior procura inadequada do SE por este ter menor custo<sup>35</sup>.

Quatro estudos<sup>13, 22, 25, 34</sup>, após ajuste para possíveis fatores de confusão, não encontraram associação entre não ter plano de saúde e uso inadequado do SE, sendo dois destes estudos<sup>13, 22</sup> realizados em países onde há um sistema público de saúde e dois realizados em país sem este sistema<sup>25, 34</sup>. O estudo de Liu et al, encontrou associações variadas, dependendo do tipo de seguro do indivíduo<sup>30</sup>.

#### **Médico regular e local regular de cuidado**

Em dois estudos, quem tinha médico regular usava entre 40 e 67% menos inadequado o SE<sup>26, 34</sup>. No mesmo sentido, outros dois estudos mostraram que indivíduos que tinham vínculo com a APS utilizavam o SE de forma mais adequada<sup>31, 35</sup>. Entretanto, quatro estudos não encontraram estas associações; ao estudar médico regular<sup>13, 32</sup> e local regular de cuidado<sup>12, 13, 26</sup>. Esta falta de associação pode estar relacionada ao uso de critérios mais rígidos para considerar o uso inadequado<sup>12, 13</sup> e à baixa precisão da análise multivariada, sugerida por pelos amplos intervalos de confiança encontrados em um dos estudos<sup>32</sup>. Além disso, aspectos não detalhados da análise de dados poderiam justificar o fato de Stein et al terem encontrado associação do desfecho com médico regular, mas não com local regular de cuidado, como por exemplo, colinearidade entre estas duas variáveis no caso delas terem sido avaliadas ao mesmo tempo na análise<sup>26</sup>.

### **Encaminhamento**

Coleman et al constataram que dois terços dos pacientes com consultas inadequadas vinham direto de casa<sup>44</sup>. Cinco estudos apontaram que indivíduos que foram no SE por conta própria tiveram entre 1,39 a 2,42 vezes mais chance de utilizar inadequadamente este serviço que aqueles encaminhados por profissional de saúde<sup>13, 14, 35, 37</sup> ou encaminhados de outros hospitais<sup>16</sup>. Por outro lado, dois autores<sup>26, 45</sup> não encontraram esta associação, mas Barker et al observaram que aqueles que foram anteriormente vistos por um médico e não foram encaminhados, tiveram mais uso inapropriado<sup>45</sup>.

### **Consulta prévia pela queixa atual**

Os achados referentes a ter tido previamente uma consulta ambulatorial são contraditórios. Estudo australiano<sup>40</sup> encontrou que idosos que viviam em um asilo, quando tinham contato prévio com médico por seu problema atual, consultavam mais



adequadamente no SE ( $p=0,02$ ). Por outro lado, Dale et al constataram que pacientes que tiveram contato com profissional de saúde pela queixa atual, tinham mais consultas inadequadas neste serviço ( $p<0,001$ )<sup>19</sup>. Carret et al, em análise multivariada, não encontraram esta associação<sup>13</sup>.

### **Motivo para preferir o serviço de emergência**

#### **Relacionados a acesso**

Os quatro estudos descritivos que avaliaram os motivos relacionados ao acesso para preferir o SE apontaram as dificuldades para consultar na APS, tais como APS fechada, dificuldade para conseguir um agendamento ou demora em consultar como razão para o uso inadequado do SE<sup>12, 13, 16, 21, 32, 35, 43</sup>. Lee et al e Rajpar et al, encontraram que 35% e 50% dos pacientes respectivamente referiram APS fechada como uma das razões para uso inadequado do SE, mas neste último 46,3% nem tentou contato com a APS<sup>32, 43</sup>.

Dois estudos analíticos encontraram associação entre dificuldade de acesso a APS e uso inadequado do serviço de emergência. No estudo de coorte dos EUA esta associação apresentou um ( $P=0,029$ ). As variáveis que compuseram este indicador, dificuldade de agendamento na APS, dificuldade de contato por telefone na APS e maior tempo de espera para consulta na APS, também estiveram associadas ao uso inadequado ( $P<0,03$ ) quando avaliadas uma de cada vez na análise multivariada<sup>25</sup>. Já no estudo brasileiro, referir dificuldade em obter uma consulta na APS, relatar que o médico da APS se recusava a atender os pacientes sem prévio agendamento e apontar que a APS ficava menos tempo aberta por dia como motivo de procurar o SE estiveram associadas ao uso inadequado do SE no grupo etário de 15 e 49 anos (RR respectivamente 1,38; 1,44 e 1,63).<sup>13</sup>

#### **Relacionadas a características de utilização**

Facilidade para realizar exames diagnósticos e tratamentos no SE foram outros motivos relatados para preferir o SE<sup>32, 33, 35, 43</sup>. Rajpar et al<sup>43</sup> e Lee et al<sup>32</sup> descreveram que 3,7% e 11,4%, respectivamente, preferiram o SE pela maior facilidade de diagnóstico. Young et al referiram que 21% dos pacientes optaram por ir ao SE pelos melhores cuidados oferecidos ou pela maior facilidade de diagnóstico e tratamento<sup>35</sup>. Carret et al, em análise multivariada, não encontraram associação entre dificuldade de obter exames, medicamentos e encaminhamentos para especialistas, na APS, com uso inadequado do SE<sup>13</sup>.

Sempere et al apontou a confiança no serviço prestado pelo SE como principal motivo de procura inadequada deste serviço<sup>16</sup>, enquanto no estudo de Afilalo et al, 7,1% dos pacientes relataram este motivo<sup>12</sup>. Sarver et al encontraram, em análise multivariada, que quanto maior a insatisfação com a APS, maior era o uso inadequado do SE (RR= 1,13 por unidade, em escore que ia de 0-4; IC 95%=1,01; 1,25, )<sup>25</sup>.

### **Principais diagnósticos**

Os principais diagnósticos encontrados naqueles que consultaram no SE de forma inadequada variaram bastante, de estudo para estudo e dependendo da classificação utilizada da faixa etária estudada. Três estudos descritivos apontaram que os principais diagnósticos ou queixas entre quem consultou inadequadamente no serviço de emergência foram problemas respiratórios (principalmente naqueles de menor idade) e digestivos<sup>42</sup>; dor abdominal e no peito<sup>12</sup> e queixas relacionadas aos olhos e ouvidos<sup>16</sup>.

Nos estudos de associação Lui et al encontraram que pessoas com doenças neurológicas e órgãos dos sentidos ou doenças respiratórias apresentavam uma chance de 1,85 (IC 95%= 1,76; 1,95) e 1,14 (IC95%= 1,09; 1,20), respectivamente, de consultar inadequado no SE que aqueles que foram ao SE com lesões e envenenamento<sup>30</sup>. Já Oterino et al usaram como grupo de comparação àqueles que foram por doenças

infecciosas, encontrando mais consultas inadequadas naqueles com diagnósticos relacionados a doenças de pele (RO=4,95; IC95%= 2,05; 11,93), doenças músculo esqueléticas (RO=2,60; IC95%= 1,25; 5,38), alterações mentais (RO=2,54; IC95%= 1,19; 5,40) e sinais e sintomas mal definidos (RO=1,91; IC95%= 1,13; 3,46). Por outro lado, doenças neurológicas e circulatórias apresentaram menor uso inadequado<sup>14</sup>.

Dale et al<sup>19</sup> encontraram em análise univariada que alterações músculo esqueléticas (p=0,028), infecções (p=0,002), doenças de pele (p<0,001) e doenças geniturinárias (p=0,04) foram mais freqüentes naqueles que consultaram inadequadamente do que entre os que usaram o SE adequadamente.

#### **4. DISCUSSÃO**

A prevalência e os fatores associados ao uso inadequado do SE apresentaram grande variabilidade dependendo principalmente do critério utilizado e da população estudada. Estes critérios, muitas vezes, subestimam o uso inadequado SE. Isto ocorre no caso de utilizar autopercepção de urgência como critério<sup>6, 37</sup>, ou quando os critérios consideraram adequados todos os casos que necessitam de medicamentos EV ou de qualquer tipo de exame complementar<sup>13, 14, 16, 36, 41</sup>. Nesta situação, acabam incluídos problemas que embora necessitem de atenção imediata, ocorrem no período em que a APS está em funcionamento e que poderia ser resolvidos neste nível de atenção, como é muitas vezes o caso de paciente com febre, crise hipertensiva, disúria e outros.

Esta revisão de literatura indica que, apesar disso, a prevalência de uso inadequado do SE foi consistente em um número importante de estudos, mesmo em países com sistemas de saúde diferentes. Os estudos apontaram uma prevalência importante (entre 20 e 40%) mais concentrada nas consultas que ocorriam durante o dia. Os principais fatores associados ao uso inadequado do SE foram menor idade, sexo feminino, maior

nível socioeconômico, ausência de co-morbidades, menor gasto com saúde, não ser encaminhado por um profissional de saúde, não ter médico regular ou local regular de cuidado e ter dificuldade de acesso à APS. Não foi encontrada associação de situação conjugal, situação ocupacional e autopercepção de saúde com o desfecho. As associações com outras variáveis tais como raça ou cor da pele e consulta prévia pela queixa atual tiveram resultados variados e por vezes contraditórios.

As associações de menor idade e de sexo feminino com uso inadequado do SE apresentaram alta consistência<sup>13, 14, 21, 22, 25, 30, 34, 37</sup>. Entre os idosos, a prevalência de doenças crônica é alta. Neste grupo o uso na maioria das vezes é considerado adequado, mesmo em situações que poderiam ser manejadas em níveis mais básicos de atenção, uma vez que mesmo nestes casos, os pacientes acabam fazendo exames complementares ou usando medicação EV.<sup>9, 46</sup> Quanto ao sexo feminino a associação poderia se justificar pelo fato das mulheres utilizarem mais o serviço de saúde, em geral, mantendo esta tendência com relação ao uso inadequado do SE<sup>47</sup>.

Os estudos apontam para uma associação direta de nível socioeconômico e uso inadequado<sup>21, 22, 31</sup>. Este achado é plausível, visto que indivíduo com melhor nível socioeconômico tem maior acesso ao serviço de saúde de uma forma geral, o que fala a favor da iniquidade em saúde<sup>47</sup>. A falta de associação em alguns estudos poderia estar relacionada a especificidades metodológicas especialmente na análise dos dados como utilização de apenas duas categorias ou de um ponto de corte muito alto na variável escolaridade dificultando a identificação de associações ou impeditivo à avaliação de tendências<sup>34</sup>; realização apenas de análise univariada<sup>12</sup>; inclusão de todas as variáveis ao mesmo tempo no modelo de análise provocando ajuste para variáveis mediadoras ou colinearidade entre renda e escolaridade e subestimando o efeito<sup>48</sup>.

A associação negativa entre presença de co-morbidades e uso inadequado do SE parece estar relacionada a maior necessidade em saúde existente nestes casos, que exigem uma avaliação mais detalhada por parte do médico. Assim, a maior parte dos casos de co-morbidades acabavam sendo classificados como urgentes<sup>9</sup>. Além disso, como o estudo de Petersen et al mostram que a associação entre doença crônica e uso inapropriado do SE parece variar conforme o tipo de doença crônica.<sup>34</sup> Carret et al encontraram associação negativa entre presença de doenças crônicas e uso inadequado do SE somente no grupo de maior idade. No grupo mais jovem esta associação não foi encontrada, talvez por falta de poder estatístico, uma vez que a prevalência de doença crônica neste grupo etário é menor, ou pelo fato do grupo de mais idade apresentar doenças crônicas de tipo ou severidade diferente. Esta modificação de efeito de idade pode justificar o fato de alguns autores não terem encontrado associação quando estudaram populações que incluíam adultos jovens<sup>13, 37</sup>.

A maioria dos autores não encontrou associação entre autopercepção de saúde e uso inapropriado do SE. O único autor que encontrou associação entre autopercepção de seu estado de saúde como ruim e uso inadequado, coletou esta variável em ambiente domiciliar<sup>25</sup>. Estes achados indicam que a aferição da autopercepção de saúde no SE está muito afetada pelo momento em que esta pergunta é feita, sendo de difícil interpretação. Esta medida de autopercepção parece não refletir o modo do indivíduo avaliar seu estado de saúde em geral, aspecto este que seria mais relacionado à forma de utilizar os serviços de saúde.

Com relação aos fatores relacionados ao acesso ao SE fica claro que a preocupação com o custo influencia a decisão pela escolha do local de consulta. Isto é reforçado pelos estudos revisados que mostram que os indivíduos buscam níveis de atenção com menor custo e consultam menos inadequadamente no SE quando tem que pagar<sup>31, 32, 35</sup>.

Estudos que avaliaram ter ou não plano de saúde e uso inadequado do SE, não encontraram esta associação<sup>13, 22, 25, 34</sup>, enquanto Liu et al apontaram que a associação pode variar conforme o tipo de plano de saúde<sup>30</sup>. Os achados sugerem que indivíduos de alta renda e excelentes planos de saúde dificilmente consultam na emergência, eles têm fácil acesso a seus médicos e serviços regulares mesmo fora do horário comercial e se necessário podem inclusive internar sem passar pela emergência. Por outro lado, indivíduos com planos de saúde que impõe um conjunto grande de limitações tanto em termos de cobertura como em termos de rapidez no acesso parecem se equiparar ao sistema público no que se refere ao uso inadequado do SE.

A mesma lógica se aplica a médico regular e local regular de consulta. Para evitar o uso inadequado parece não bastar ter médico definido e local regular de consulta, é necessário que este médico ou serviço seja fácil e rapidamente acessível<sup>49</sup>. Além disso, médico regular e local regular de consulta parecem ter maior impacto na redução do uso inadequado do SE nos casos em que há dúvida sobre o caso ser ou não urgente. Isto é reforçado pelo fato dos estudos que encontraram associação de médico regular e local regular de consulta com uso inadequado do SE terem utilizado um critério menos rigoroso para o desfecho<sup>31, 34, 35</sup> do que os que não encontraram associação<sup>12, 13</sup>. A importância de ter acesso a médico em outros níveis de atenção é também demonstrada pela consistência da associação positiva entre encaminhamento realizado por profissional de saúde e uso adequado do SE<sup>13, 14, 35, 37</sup>.

Outro aspecto avaliado foi consulta prévia pela queixa atual. Este não mostrou achados consistentes. Uma razão para esta inconsistência está no fato dos estudos terem avaliado populações diferentes, como a população de asilo que muitas vezes precisa inclusive da autorização do médico da instituição para ser encaminhado para o SE<sup>40</sup>. Outro aspecto relevante se refere a imprecisões na definição da exposição, ou seja, a

falta de delimitação do tempo em que a consulta prévia pela queixa atual ocorreu e a dificuldade de delimitar o evento queixa atual dificulta a interpretação dos achados.

A maior parte dos estudos sobre motivos para preferir consultar no SE são descritivos<sup>16, 21, 35, 43</sup>. O pequeno número de estudos de associação sobre os motivos para preferir o SE justifica o pouco conhecimento acumulado sobre o assunto. Os estudos existentes sugerem que dificuldade no acesso a APS desempenha um papel importante na determinação de uso inadequado do SE<sup>12, 13, 16, 21, 32, 35, 43</sup>, embora a dificuldade não seja simplesmente a disponibilidade do serviço de atenção básica, tanto que a prevalência de uso inadequado é maior durante o dia quando este serviço está funcionando; mas sim, a possibilidade de conseguir rapidamente uma consulta<sup>3, 49</sup>. Os pacientes acham tão improvável conseguir a consulta na APS, em curto período de tempo, que muitos nem tentam<sup>49</sup>. O fato de realizar exame e tratamento no momento da consulta, bem como a confiança no serviço prestado pelo SE são importantes atrativos para escolha deste serviço<sup>32, 35, 43</sup>. Entretanto, dificuldades características da APS como demorar mais para realizar exames, obter medicamentos e encaminhamentos para especialistas não estiveram associadas ao desfecho<sup>13</sup>. O desfecho esteve associado à insatisfação com a APS<sup>25</sup>.

O uso inadequado do SE é um problema que ocorre em várias partes do mundo, aumentando custos e dificultando o acesso de casos realmente urgentes ao SE<sup>3, 50</sup>. Além disso, os casos não urgentes são manejados de forma pontual e não se beneficiam do atendimento integral e com continuidade que poderiam obter em outros níveis de atenção.<sup>49</sup>

Existem vários estudos sobre uso inadequado do SE, no entanto, a diversidade dos critérios utilizados dificulta a comparabilidade dos achados. Apesar disso, o perfil sócio-demográfico da população que consulta inadequadamente está bem estabelecido.

Por outro lado, a maioria dos estudos disponíveis sobre os motivos que levam esta população a consultar inadequadamente no SE são descritivos, assim estes aspectos ainda não estão completamente esclarecidos.

Esta revisão indica que o acesso à APS desempenha um papel fundamental na redução do uso inadequado do SE. Entretanto, estudos de intervenção já têm demonstrado que ampliar quantidade de serviços, horas de funcionamento e profissionais de saúde na APS não tem grande impacto na redução do uso inadequado do SE<sup>10, 51</sup>. Este estudo sugere que é necessário que a APS realize um acolhimento qualificado, com uma triagem eficiente de forma a atender rapidamente os casos que não podem esperar<sup>4, 49</sup>. Isto pode ser facilitado pela continuidade na atenção à saúde, uma vez que se a equipe de saúde da APS estabelece um vínculo e se responsabiliza pela população de sua área de abrangência, tem melhores condições de fazer um acolhimento adequado e uma triagem eficiente. Concomitante a isto é importante esclarecer a população sobre as situações em que devem procurar o SE e sobre as desvantagens de consultar no SE quando o caso não é realmente urgente<sup>5</sup>. Por parte do SE é preciso desenvolver um sistema de contra-referência que disponibilize os exames realizados e as condutas indicadas no SE para os outros níveis de atenção de forma a melhorar os cuidados em saúde e evitar a repetição de exames desnecessários. Além disso, ações com populações específicas, como aqueles que consultam seguidamente no SE, visando redirecioná-los para outros níveis de atenção poderiam contribuir para minimizar o problema.

Futuros estudos, especialmente de associação, com critérios padronizados para caracterizar uso inadequado do SE, que aprofundem o estudo dos motivos que levam a população a utilizar o serviço de emergência inadequadamente, podem ajudar a estabelecer estratégias para reduzir o problema. Serão também necessários estudos de



intervenção que testem as estratégias propostas. Além disso, é preciso aprofundar o desenvolvimento dos critérios para a definição de uso inadequado para melhor discriminá-los, identificando casos que embora necessitem avaliação imediata, podem ser manejados na APS, daqueles que além de exigirem avaliação imediata, necessitam de procedimentos não disponíveis na APS.

## **COLABORADORES**

Maria Laura Vidal Carret e Anacláudia Gastal Fassa: participaram de todas etapas do trabalho incluindo a seleção do material a ser revisado, a análise deste material e a redação do artigo.

Marlos Domingues Rodrigues: participou da avaliação dos artigos de revisão através dos critérios de Downs and Black e da revisão final do artigo.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Young GP, Sklar D. Health care reform and emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 1995 May;25(5):666-74.
- [2] Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. *Bmj.* 1995 Aug 12;311(7002):427-30.
- [3] Gill JM. Use of hospital emergency departments for nonurgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care.* 1999 Dec;5(12):1565-8.
- [4] Plauth AE, Pearson SD. Discontinuity of care: urgent care utilization within a health maintenance organization. *Am J Manag Care.* 1998 Nov;4(11):1531-7.
- [5] Boushy D, Dubinsky I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *J Emerg Med.* 1999 May-Jun;17(3):405-12.
- [6] Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med.* 1997 Mar;15(2):133-6.
- [7] Richardson LD, Hwang U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. *Acad Emerg Med.* 2001 Nov;8(11):1030-6.
- [8] Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australas.* 2005 Oct-Dec;17(5-6):472-9.
- [9] Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med.* 2002 Mar;39(3):238-47.

- [10] Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy*. 1998 Jun;44(3):191-214.
- [11] Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Jun;52(6):377-84.
- [12] Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*. 2004 Dec;11(12):1302-10.
- [13] Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use *BMC health services research*. 2007.
- [14] Oterino D, Peiro S, Calvo R, Sutil P, Fernandez O, Perez G, et al. [Accident and emergency department inappropriate utilization. An evaluation with explicit criteria]. *Gac Sanit*. 1999 Sep-Oct;13(5):361-70.
- [15] Sanchez-Lopez J, Luna del Castillo Jde D, Jimenez-Moleon JJ, Delgado-Martin AE, Lopez de la Iglesia B, Bueno-Cavanillas A. [Assessment of a modified Hospital Emergency Appropriateness Evaluation Protocol]. *Med Clin (Barc)*. 2004 Feb 14;122(5):177-9.
- [16] Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. 2001 Jun;37(6):568-79.
- [17] Beland F, Lemay A, Boucher M. Patterns of visits to hospital-based emergency rooms. *Soc Sci Med*. 1998 Jul;47(2):165-79.

- [18] Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? Issue Brief (Commonw Fund). 2000 Nov(433):1-5.
- [19] Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *Bmj*. 1995 Aug 12;311(7002):423-6.
- [20] Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler DP. Reducing frequent flyer emergency department visits. *J Health Care Poor Underserved*. 2006 Feb;17(1 Suppl):59-69.
- [21] Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J*. 2003 Oct;44(5):585-91.
- [22] Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med*. 2001 Jun;37(6):580-6.
- [23] Rodríguez JP SI, Rodríguez RP. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17(4):329-35.
- [24] Rubin MA, Bonnin MJ. Utilization of the emergency department by patients with minor complaints. *J Emerg Med*. 1995 Nov-Dec;13(6):839-42.
- [25] Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med*. 2002 Sep;9(9):916-23.
- [26] Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract*. 2002 Apr;19(2):207-10.

- [27] Dent AW, Phillips GA, Chenhall AJ, McGregor LR. The heaviest repeat users of an inner city emergency department are not general practice patients. *Emerg Med (Fremantle)*. 2003 Aug;15(4):322-9.
- [28] Fajardo-Ortiz G, Ramirez-Fernandez FA. Utilizacion del servicio de urgências em um hospital de especialidades. *Cirurgia y Cirujanos*. 2000;68:164-8.
- [29] Gill JM, Reese CLt, Diamond JJ. Disagreement among health care professionals about the urgent care needs of emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 1996 Nov;28(5):474-9.
- [30] Liu T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. *Acad Emerg Med*. 1999 Nov;6(11):1147-52.
- [31] Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med*. 1996 May;42(9):1313-23.
- [32] Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1075-85.
- [33] Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J*. 2001 Nov;18(6):482-7.
- [34] Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care*. 1998 Aug;36(8):1249-55.
- [35] Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *Jama*. 1996 Aug 14;276(6):460-5.

- [36] Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, et al. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med.* 1995 Mar-Apr;13(2):259-64.
- [37] Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health.* 2003 Jul;117(4):250-5.
- [38] Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J Fam Pract.* 1996 May;42(5):491-6.
- [39] McCaig LF, Nawar EW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary. *Advance data.* 2006 Jun 23(372):1-29.
- [40] Finn JC, Flicker L, Mackenzie E, Jacobs IG, Fatovich DM, Drummond S, et al. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *Med J Aust.* 2006 May 1;184(9):432-5.
- [41] Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med.* 1995 Feb;25(2):215-23.
- [42] Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *Hong Kong Med J.* 2001 Jun;7(2):131-8.
- [43] Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med.* 2000 Jan;17(1):18-21.
- [44] 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 Mar-Apr;4(2):49-57.

- [45] Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Ann Emerg Med.* 1995 Mar;25(3):311-6.
- [46] Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health.* 2000 Jan;90(1):97-102.
- [47] Sassi R.M., J.U. B. Utilización de los servicios de salud: una revision sistemática sobre los factores relacionados. *Caderno de Saúde Pública.* 2001;17(4):819-32.
- [48] Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997 Feb;26(1):224-7.
- [49] Campbell JL, Ramsay J, Green J, Harvey K. Forty-eight hour access to primary care: practice factors predicting patients' perceptions. *Fam Pract.* 2005 Jun;22(3):266-8.
- [50] Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *Bmj.* 1996 May 25;312(7042):1340-4.
- [51] van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J.* 2004 Nov;21(6):722-3.

## **6. TABELAS**



**Tabela 1.** Critérios utilizados para definição de uso inadequado do departamento de emergência (DE), 2007.

Artigo	Protocolo/ País/ Ano de publicação	Critério	Prevalência de uso inadequado
<b>América do Norte</b>			
Lowe et al 6	Critério do Hospital Geral de São Francisco EUA, 1997	Classificação de uso adequado do DE, segundo um total de 7 critérios: <ul style="list-style-type: none"><li>• Conforme paciente (dois critérios): Não urgência: menor autopercepção de urgência ( em 5 níveis) ou aceitou agendar consulta com médico para 1 a 3 dias.</li><li>• Conforme triagem da enfermeira (2 critérios): escala de 4 pontos: categoria 4 eram as consultas evitáveis</li><li>• Conforme registro médico (três critérios): quando não necessitou hospitalizar, realizou testes diagnósticos e tratamento especial (Ex.: medicação EV, O2), e poderia esperar mais de 24 horas para ser avaliado e tratado.</li></ul>	20 a 37% em 5 critérios 90% critério hospitalização 10% critério autopercepção
Derlet et al 41	EUA, 1995	Classificação em urgência e não urgência. <ul style="list-style-type: none"><li>• Não urgência: presença de sinais vitais dentro dos limites de normalidade, presença de queixas não urgentes, exame de investigação sem alterações importantes e ausência de indicadores de alto risco. Estes pacientes após triados, eram encaminhados para consulta ambulatorial, sem realização da consulta no SE.</li></ul>	18%
Gill e Riley 38	EUA, 1996	Classificação em urgência e não urgência. <ul style="list-style-type: none"><li>• Urgência: paciente com autopercepção de urgência.</li></ul>	18%
Gill et al 29	EUA, 1996	Classificação em urgência e não urgência. <ul style="list-style-type: none"><li>• Urgência: quando o profissional julgou haver risco de morte, com necessidade de tratamento dentro de poucas horas para prevenir complicações graves.</li><li>• Não urgência: todas as demais situações.</li></ul>	37 a 91%
Rubin e Bonnin 24	EUA, 1995	Classificados em urgência e não urgência: <ul style="list-style-type: none"><li>• Urgência: resultou em hospitalização, encaminhado por outro serviço de saúde ou proveniente de acidentes, sinais e sintomas que sugeriram gravidade, &lt; 16 anos (sem acompanhante) e suspeita de abuso sexual.</li><li>• Não urgência: demais casos</li></ul>	37,1%
Petersen et al <sup>34</sup>	Baseado no estudo de Baker et al EUA, 1998	Classificação em urgência ou não. <ul style="list-style-type: none"><li>• Urgência: Presença de alterações dos sinais vitais, dor no peito aguda (com fator de risco cardíaco), asma aguda (menor que 1 semana), dor abdominal aguda (com fatores de risco associados).</li></ul>	50%

Young et al <sup>35</sup>	EUA, 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: todas as outras situações</li> </ul> Classificação em 3 níveis: Emergência, urgência e não urgência.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: paciente poderia esperar o próximo dia (+ de 12 horas) para receber o tratamento, segundo enfermeiras, dependendo dos sinais vitais e de breve avaliação para descartar condições urgentes.</li> </ul>	79%
Liu et al <sup>30</sup>	EUA, 1999	Classificado em urgência e não urgência:	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgência: quando o paciente necessitou atenção imediata, com risco de morte ou danos funcionais.</li> <li>• Não urgência: demais situações.</li> </ul>	54,1%
Sarver et al <sup>25</sup>	EUA, 2002	Classificação em urgência ou não.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgência: quando resultou em internação; quando necessitou exames ou procedimento cirúrgico em pacientes referindo acidente, lesão, diagnóstico ou tratamento, sem ter sido encaminhado; ou, em pacientes referindo acidentes ou lesão nos últimos 3 dias ou aparecimento de sintomas, necessitando diagnóstico e tratamento.</li> <li>• Não urgência: Todas as outras situações.</li> </ul>	40%
Billings et al <sup>18</sup>	EUA, 2000	Classificação em 4 níveis: não urgência; emergência tratável na APS; emergência que necessitava do DE, embora prevenida ou evitável; e emergência que necessitava do DE e não podia ser prevenida ou evitável.	41,3%
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: queixa que não exigia cuidado médico imediato, dentro de 12 horas.</li> </ul>	
Michelen et al <sup>20</sup>	EUA, 2006	Classificação em 4 níveis: não urgência; urgência para APS; urgência que necessita DE, mas poderia ser prevenido e tratado; e emergência.	31%
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: situações onde a avaliação e tratamento poderiam demorar mais de 12 horas</li> </ul>	
McCaig e Nawar <sup>39</sup>	EUA, 2006	Classificação em 5 níveis: emergência, urgência, semi-urgência, não urgência e desconhecido ou não triado:	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: situação que não exigia atenção imediata, podendo ser avaliado em 2 a 24 horas.</li> </ul>	12,5%
Afilalo et al <sup>36</sup>	Canadá, 1995	Classificados em 3 categorias:	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria 3 (Não urgência): Quando não houve necessidade de receber atendimento imediato, dentro de 20 minutos, não foi encaminhado por profissional da saúde, não necessitou investigação ou tratamento de urgência, não necessitou permanecer em observação, ausência de situação aguda e severa ou sem necessidade de fazer diagnóstico diferencial poderia esperar mais de 6 horas para ser avaliado no SE ou em outro serviço.</li> </ul>	15,2%
Béland et al <sup>17</sup>	Canadá, 1998	Classificação em 3 níveis: emergência, urgência e não urgência.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: não exigia intervenção médica dentro de 24 horas para prevenir sérias seqüelas ou morte, e não exigia recursos disponíveis apenas no DE.</li> </ul>	27,8%

Afilalo et al 12	Critério CTAS Canadá, 2004	Classificação em 5 níveis de gravidade, baseado no tempo de espera para ser avaliado, frequência com que o paciente pode ser reavaliado enquanto espera para ser atendido e presença de complicações (alterações de sinais vitais, nível de dor e mecanismo de lesão (exemplo: acidente de carro).	25%
Ortiz e Fernandez 28	México, 2000	Classificação em urgência verdadeira ou não. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgência verdadeira: quando, após avaliação médica, o paciente apresentou indicação de permanecer no hospital por 24 horas, necessidade de cirurgia, UTI ou óbito.</li> <li>• Não urgência: demais situações.</li> </ul>	64,1%
<b>Europa</b>			
Dale et al 19	Inglaterra, 1995	Classificação em urgência ou não. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: ter ido por conta própria, poder ser resolvido na APS, sem necessidade de imediata intervenção.</li> </ul>	40,2%
Coleman et al <sup>33</sup>	Inglaterra, 2001	Classificação em urgência ou não urgência. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não urgência: pacientes com lesões ou doenças não urgentes que poderiam ser tratadas em outro local.</li> </ul>	55%
Oterino et al <sup>14</sup>	PAUH Espanha, 1999	Classificação em urgência verdadeira ou não. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgência: Critérios de gravidade dos sinais e sintomas, de tratamento, diagnósticos, relacionados com seguimento da consulta e critérios extras para paciente não derivado por médico.</li> <li>• Não urgência: quando não preencheu nenhum dos critérios acima.</li> </ul>	26,8%
Sempere- Selva et al 16	PAUH Espanha, 2001	Classificação em urgência ou não. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgência: Critérios de gravidade dos sinais e sintomas, de tratamento, diagnósticos, relacionados com seguimento da consulta e critérios extras para paciente não derivado por médico.</li> <li>• Não urgência: quando não preencher nenhum dos critérios acima.</li> </ul>	29,6%
Sánchez- Lopes et al 15	PAUH modificado Espanha, 2004	Classificação em urgência ou não. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgência: Critérios de gravidade dos sinais e sintomas, de tratamento, diagnósticos (excluía o raio X), relacionados com seguimento da consulta e critérios extras para paciente não derivado por médico.</li> <li>• Não urgência: quando não preencher nenhum dos critérios acima.</li> </ul>	46%
Pereira et al 22	Portugal, 2001	Classificação em adequado ou não <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequado: quando resultou em hospitalização, morte, foi transferido de outro hospital, ou critérios explícitos baseados</li> </ul>	

		em testes diagnósticos ou realizações de tratamentos específicos (modificado, excluindo-se raio-X de tórax).	31,3%
Oklay et al 21	Baseado CTAS Turquia, 2003	Classificação em 3 níveis: Emergência, urgência e não urgência. Não urgência: paciente que poderia ser avaliado no DE ou em outro local, em mais de 6 horas, sem risco de morte.	31,2%
Bianco et al 37	Baseado em outros estudos: Itália, 2003	Classificação em 4 níveis: Extrema emergência, emergência, emergência como percepção do paciente e não urgência. • Não urgência: paciente sem sintomas agudos ou eles eram recentes e menores, sem autopercepção de emergência, desejando fazer check-up, renovação de receita ou liberação para retorno ao trabalho.	19,6%
<b>Ásia</b>			
Shah et al 31	Kuwait, 1996	Classificação em 4 níveis: emergência, urgência, marginalmente urgência e não urgente. • Não urgência: segundo julgamento médico, não apresentava risco de morte ou não necessitava cuidado em algumas horas para diminuir desconforto.	61%
Lee et al 32	China, 2000	Classificação em urgência verdadeira ou não. • Não urgência: aqueles casos que poderiam ser manejados pelo médico geral, em ambulatório, podendo esperar várias horas para ser atendido, sem risco de morte ou prejuízo para o paciente.	57%
<b>Outros</b>			
Rodrigues et al <sup>23</sup>	Cuba, 2001	Classificação em 4 níveis: Urgência de primeira, segunda e terceira prioridade, e não urgência. • Não urgência: problemas patológicos crônicos, sem crise de agudização, sem risco de morte na sua evolução, que podem esperar 24-48 horas para serem tratados pelo médico de família.	32,5%
Dent et al 27	Baseado na Escala de Triage Australiana – ATS Austrália, 2003	Classificação em adequado ou inadequado: • Adequado: quando referido por profissional de saúde classificados de 1 a 3 na escala australiana, necessitou de 4 horas ou mais tratamento ou observação, foi internado ou morreu, chegou entre 22:00 e 7:00 horas. • Inadequado (possíveis para tratamento pelo médico geral): demais situações.	59,5%
Finn et al 40	Protocolo de avaliação de urgência Austrália, 2006	Classificação em adequado ou não. • Adequado: quando o paciente não pode ser avaliado ou manejado na atenção primária ou na residência do paciente. Por definição, sempre que houver hospitalização, considerar como apropriado. • Não adequado: demais situações.	13,1%

---

Stein et al 26	Conselho Federal Medicina/dicionário.  Brasil - 2002	Classificação em 3 níveis: emergência, urgência e não urgência.  • Consulta eletiva no SE: quando pode consultar em mais de 24 horas.	39%
Carret et al 13	PAUH  Brasil - 2007	Classificação em urgência ou não.  • Urgência: Critérios de gravidade dos sinais e sintomas, de tratamento, diagnósticos, relacionados com seguimento da consulta e critérios extras para paciente não derivado por médico.  • Não urgência: quando não preencher nenhum dos critérios acima.	24,2%

---

CTAS: Escala canadense para avaliação de emergência  
PAUH: Protocolo para utilização adequada do serviço de urgência

**Tabela 2.** Características dos estudos que avaliaram fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência (SE).

Autor / ano de publicação	Local/ Delineamento	Amostra	Período do campo	Fatores associados	Escore*
Baker et al 1995 <sup>45</sup>	EUA Transversal	N= 1190 Adultos que chegaram entre 7:00/23:00 horas	2 semanas primavera, 1990	Sem diferença quanto a ir por conta própria, embora aqueles que foram anteriormente vistos por um médico e não foram encaminhados, tiveram mais uso inadequado do SE. (P<0,05).  <b>Característica da demanda:</b> 39% urgência auto-referida, 21% preferiam o SE por melhor cuidado ou possibilidade diagnóstico e tratamento, 50% referiam barreiras não financeiras (APS fechada, não ter outro local para ir, dificuldade ou demora no agendamento, distância, problema de transporte) e 15% referiam barreiras financeiras (não ter dinheiro ou seguro, SE ser de graça ou mais barato, exigido pela seguradora, seguro paga pelo cuidado no SE).	6
Young et al 1996 <sup>35</sup>	EUA Transversal Multicêntrico	N=6187 Paciente com queixa não urgente	24 horas junho, 1994	<b>FRE: Univariada:</b> local regular de cuidado (P<0,001), encaminhados por profissional de saúde (P<0,001). Sem diferença entre as queixas.  <b>FRI: Univariada:</b> Não entraram no modelo: viver só, renda, AIDS, depressão, doenças gástricas e renais (P>0,10).  <b>Multivariada:</b> não ter médico definido (RO= 1,6, IC95% 1,2;2,2), sexo feminino (RO=1,3, IC95% 1;1,7), < idade (16/30 anos comparado com > de 60 anos) (RO=4,8, IC95% 3,4;7,0), co-morbidades pulmonares (RO=0,5, IC95% 0,3; 0,6) e co-morbidades cardíacas (RO= 0,6, IC95% 0,5;0,8).	7,5
Petersen et al 1998 34	EUA Transversal	N= 1696 ≥16 anos Com dor torácica, dor abdominal e asma	1 mês/ em cada SE 1993	Sem associação: cor da pele, sem seguro saúde (RO=1,0, IC95% 0,7;1,5), menos de doze anos de estudo (RO= 1,0, IC95% 0,8;1,4), casados (RO= 0,9, IC95% 0,7;1,1), história de câncer (RO=1,0, IC95% 0,6;1,7), história de diabetes (RO=0,8, IC95% 0,5;1,1), história de hipertensão (RO=1,0, IC95% 0,8;1,3), estado geral de saúde (pior saúde) (RO=1,0, IC95% 0,7; 1,3).  <b>FRI: Multivariada:</b> ≥65 anos (RO=0,56, IC95% 0,53;0,58), homens (RO=0,89, IC95% 0,87; 0,91), não brancos (P=0,001), local de moradia (P<0,001), zona urbana (RO=0,95, IC95% 0,87;0,93)	8
Liu et al 1999 30	EUA Transversal	N= 135.723	1992/1996	Diagnósticos (grupo de comparação: lesões e envenenamentos): doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido (RO=1,85, IC95% 1,76;1,94), doenças respiratórias (RO= 1,17, IC95% 1,13;1,22) e doenças do sistema digestivo (RO=1,14, IC95% 1,09; 1,20).  Quanto a seguro saúde: comparando com privados: Medicare (OR=0,75, IC95% 0,72; 0,79), Medicaid (OR=1,14, IC95% 1,11; 1,18), HMO (RO=1,02, IC95% 0,98;1,06),	13

				outros (RO=1,06, IC95% 1,03;1,09)	
Sarver et al 2002 <sup>25</sup>	EUA Coorte	N= 9.146 ≥ 18 anos, que referiam ter local regular de consulta, que não SE e que tiveram ao menos um contato em 1996 ou não conseguiram consultar com sua APS	2 anos 1996	<p><b>FRI: Multivariada:</b> &lt; idade (18/24 anos comparados com &gt;45 anos): RR=2,79, IC95% 2,00; 3,84), mulheres (RR=1,44, IC95% 1,16;1,78), pior autopercepção de saúde (RR=2,94, IC95% 2,06; 4,11), &lt; renda (RR=1,70, IC95% 1,20;2,39), &lt; satisfação com APS (score 0-4: RR=1,13, IC95% 1,01;1,25) e &gt; dificuldade de acesso à APS (P=0,029).</p> <p>Sem associação com raça (P=0,422), limitação da saúde (P=0,553), &lt; educação (P=0,83), status de emprego (P=0,301), tipo de seguro saúde (P=0,167), viver em zona rural (P=0,257) e região de residência (P=0,138), &gt; dificuldade de ser agendado na APS (P=), &gt; dificuldade de contato por telefone com APS (P=0,297), &gt; tempo de espera para consulta (P=0,258).</p> <p><b>FRI:</b></p> <p><b>Univariada:</b> &lt; idade (P=0,01), vivem menos sozinhos (P=0,045), foram menos após o horário (16:00/8:00 hs), foram menos de ambulância (P=0,0026), menos autopercepção de urgência (P=0,0067), melhor percepção geral de sua saúde (P=0,016), menos comorbidades ( P=0,023) e menos internação nos últimos 3 anos (P=0,0029), demoraram mais pra ir no SE. Sem diferença entre sexo, educação, status marital, imigração, status de emprego, dia da semana, ser acompanhado pela APS ou especialista.</p>	12
Afilalo et al 2004 <sup>12</sup>	Canadá Transversal	N= 1.783 ≥18 anos	Outubro,1999/ Maio,2000	<p><b>Queixas mais freqüentes entre não urgentes foram:</b> dor abdominal e dor no peito</p> <p><b>Razões para ir ao SE ao invés de ir a APS:</b> facilidade de acesso (32%), confiança (7%) familiaridade (11%) e nenhuma razão (7%).</p> <p><b>FRI:</b> comparando os diferentes 5 hospitais</p> <p><b>Multivariada:</b> (após ajuste para idade, renda, número de leitos e área urbana, comparou diferentes hospitais): apenas consulta no horário comercial, menor uso da ambulância e menor autopercepção de urgência estiveram associadas c/ não urgência (resultados iguais ao da univariada).</p>	10
Ortiz e Fernandez 2000 <sup>28</sup>	México Transversal	N= 26.005 ≥15 anos	1 ano 1996	<p><b>Razão entre verdadeira urgência/não urgência:</b> 21:00/7:59 horas (razão=1/0,95), das 8:00/14:29 horas (razão=1/1,39), das 14:30/20:59 horas (razão=1/1,87) e das 8:00/20:59 horas de sábado, e 8:00 de domingo/ 7:59 horas de segunda (razão=1/3,31).</p>	6
Dale et al 1995 <sup>19</sup>	Inglaterra Transversal	N= 2648 pacientes de todas idades	1 ano (junho,1989/ maio, 1990)	<p><b>FRI:</b></p> <p><b>Univariada:</b> &lt; idade (P&lt;0,001), &gt; duração dos sintomas {P&lt;0,001), tiveram contato com profissional de saúde antes de ir ao hospital (P&lt;0,001), &lt; investigação radiológica (P&lt;0,001), hematológica (p&lt;0,001), química (P&lt;0,001) e microbiológica (P=0,007) e</p>	7

				acompanhamento SE (P<0,001). Sem diferença por sexo (P=0,163).  Diagnósticos entre inadequados, comparando com adequados: alterações músculo esqueléticas (P=0,028), infecções (P=0,002), doenças de pele (P<0,001), doenças geniturinárias (P=0,04)  Diagnósticos que ocorrem entre adequados: lesões (P<0,001) e alterações psiquiátricas (P=0,035).  Sem diferença para doenças cardiovasculares (P=0,09), respiratórias (P=0,138), obstétricas ou contraceção (P=0,26), doenças dos olhos (P=0,567), gastrintestinais (P=0,17).  <b>FR para procurar SE ao invés da APS:</b> brancos (comparados com asiáticos) (P<0,01) e mais jovens. Sem diferença entre os sexos, status de emprego (P>0,05)	
Rajpar et al 2000 <sup>43</sup>	Inglaterra Caso-controle	N= 54 pacientes não urgentes do SE e 48 pacientes ambulatoriais, fora do horário, todas as idades	12 seções de 3 horas	Não houve diferença significativa, quando observada a média de idade (0 a 80 anos); mas quando observada por categorias de idade, a categoria entre 21 e 40 anos, foi a que mais utilizou o SE para consultas de atenção primária fora do horário.  Razão para ir inadequadamente ao SE (entre os 54 pacientes): APS fechado (50%), mas 46,3% nem tentou contato com APS e 22% autopercepção de urgência.	5
Coleman et al 2001 <sup>33</sup>	Inglaterra Transversal	N=255 (adultos com fichas verdes e amarelas)	7 semanas, Outubro/ Dezembro, 1997	Característica da população não urgente: média de 34 anos, 81% auto referido, 80% de trauma, 20% não trauma, ¼ dos problemas ocorreram em casa, 2/3 vieram de casa.  <b>Forte razão para ir ao SE:</b> achar que precisava de Raio X e ser orientado por alguém  <b>FRI:</b>  <b>Univariada:</b> Sem associação com distância, dia da semana e turno de chegada no SE.  <b>Multivariada:</b> < idade (> 79 anos: RO=0,33, IC95% 0,20;0,55), mulheres (RO= 1,51, IC95% 1,16;1,94), sem doenças crônicas(RO=1,91, IC95% 1,43;2,54), que foram por conta própria (RO=1,39,IC95% 1,07;1,80), e consultaram no turno das 15:00/24:00 horas, comparado com madrugada (RO=1,66, IC95% 1,12;2,46), com os seguintes diagnósticos associados (categoria de comparação: doenças infecciosas): doença de pele (RO=4,95,IC95% 2,05;11,93), alterações mentais (RO =2,54, IC95% 1,19;5,40), músculo-esquelético (RO= 2,60, IC95% 1,25;5,38), sinais e sintomas mal definidos (RO=1,91, IC95% 1,13;3,46), sistema nervoso e órgãos do sentido (RO=0,21, IC95% 0,09; 0,45), circulatório (RO=0,29, IC95% 0,15;0,57), respiratório (RO=0,35, IC95% 0,18;0,65), lesões e envenenamento (RO=0,36, IC95% 0,14;0,89). Sem relação com (comparando com infecção) diagnóstico de neoplasia, doenças endócrinas, doenças	8
Oterino et al 1999 <sup>14</sup>	Espanha Transversal	N=1845 ≥ 15 anos	1 ano 1996		9



				hematológicas, digestivas e genitourinárias.	
Sempere-Selva et al 2001 <sup>16</sup>	Espanha Transversal	N=2980	1 ano Maio,1996/ Abril, 1997	<p><b>FRI: Univariada:</b> &lt; idades, foram de carro, encaminhados de hospitais, residentes em áreas específicas da cidade, determinados meses do ano, que estavam fora do seu distrito de consulta. Sem associação com sexo, morar sozinho, distância do hospital, encaminhamento por profissionais da saúde ou por conta própria.</p> <p>Sintomas: principalmente, alterações dos olhos, reações alérgicas, conjuntivites, alterações das orelhas e órgãos do sentido.</p> <p>Entre os inadequados, 16% tinham sido encaminhados por médico.</p> <p>Entre os inadequados que foram por conta própria, 9,4% referiram demora em obter acesso a outros serviços, 9% por falta de informação sobre locais alternativos de consulta. O principal motivo referido foi maior confiança no SE que na APS.</p> <p><b>FRE:</b></p> <p><b>Univariada:</b> homens (RO=1,28, IC95%= 1,14/1,44, p&lt;0,001) e todas da multivariada. Sem associação com “tipo de seguro” (p=0,465) e dia da semana (p=0,814)</p>	9,5
Pereira. et al 2001 <sup>22</sup>	Portugal Transversal	N= 5818 ≥ 13 anos	12 dias Fevereiro/ junho 1998	<p><b>Multivariada:</b> Sexo teve efeito modificador (interação com ter emprego, nível de educação e duração do sintoma). Mulheres: ≥ 60 anos (RO=1,7, IC95% 1;2,9), aposentadas comparada as assalariadas (RO=1,7 (IC95%= 1,0-2,7), consultas entre 24:00 e 8:00 hs (RO=2,5, IC95%=1,4/5,4) sintomas ≤ 24 hs (RO= 2,7, IC95% 2,1;3,7).</p> <p>Homens: ≥ 60 anos (RO=2,3, IC95% 1,5;3,9), sintomas ≤ 24 hs (RO= 4,0, IC95% 2,9;5,3).</p>	12
Bianco et al 2003 <sup>37</sup>	Itália Transversal	N= 541 ≥ 15 anos	Julho/ Dezembro, 2001 2 semanas + 1 final semana 8:30 /14:00hs e 15:00/19:00h s	<p><b>FRI:</b></p> <p><b>Univariada:</b> Sem diferença entre os sexos (P=0,12), estado marital (P=0,15), nível educacional (P=0,89), número de pessoas por domicílio (P=0,5), distância da casa ao SE (P=0,052), presença de doenças crônicas (P=0,09), dia da semana (P=0,18), horário de chegada no SE (P=0,94).</p> <p><b>Multivariada:</b> &lt; idade ( P&lt;0,001), mulheres (RO=1,56, IC95% 1;2,51), não ser encaminhado pelo médico (RO=2,42, IC95% 1,13;5,16), &gt; duração dos sintomas (RO= 1,78, IC95% 1,23;2,58).</p> <p>Sem relação com escolaridade (não diz a direção, P=0,052), número de pessoas no domicílio (P=0,357), distância da casa ao SE (P=0,39), doença crônica (P=0,376), dia da semana (P=0,258)</p>	10

Oktay et al 2003 <sup>21</sup>	Turquia Transversal	N=1155 17-99 anos	14 dias Novembro, 1998	<p><b>Univariada:</b> além das associações da multivariada, &gt; escolaridade (p&lt;0,001).</p> <p><b>FRE: Multivariada:</b> &gt; idade ((RO=1,02, IC95% 1,02;1,03), mulher (RO= 0,66, IC95% 0,50;0,86), quem paga para consultar (RO=1,60, IC95% 1,20;2,12), &lt; renda (sem renda com RO=1,77, IC95% 1,25;2,50).Sem associação com escolaridade.</p> <p>Razão de preferir SE, entre os inadequados: proximidade do SE, satisfação, piora sintomas e dificuldade de acesso ao cuidado clínico.</p> <p><b>FRI:</b></p> <p><b>Univariada:</b> &lt;idade (P&lt;0,001), homens (P&lt;0,01), casados e solteiros (P&lt;0,001), &gt; educação (P&lt;0,001), sem registro na APS (P&lt;0,001)</p> <p>Sem associação com renda (P&gt;0,05), ter nascido no Kuwait (P&gt;0,05), preferência por SE ou APS como fonte usual de cuidado (P&gt;0,05).</p>	10
Shah et al 1996 <sup>31</sup>	Kuwait Transversal	N= 2011 6 SE	Jan/fevereiro , 1993 7:30 /21:00hs	<p><b>Multivariada:</b> &lt; idade (&gt;50 anos - RO=0,56, P=0,0042, comparados com &lt;25 anos), &gt; escolaridade (RO=1,73, P=0,0001), sem registro na APS (RO=1,39, P=0,0118) e sem autopercepção de urgência (RO=3,81, P&lt;0,0001)</p> <p>Sem relação com sexo masculino (RO=0,93, P=0,51), estado marital (P=0,29), ter nascido no Kuwait, renda, preferência por SE/APS como fonte regular de cuidado (RO= 0,96, P=0,75)</p> <p>Na multivariada, na renda, a categoria logo após os bem pobres consultou significativamente mais inadequados que os bem ricos. (RO=1,45, P=0,02)</p> <p><b>FRI:</b></p>	8
Lee et al 2001 <sup>42</sup>	China Transversal	N=2410 4 SE	1 ano 1997	<p><b>Univariada:</b> &lt; idade (P&lt;0,001). Sem diferença significativa nos horário de chegada no SE. Posteriormente o artigo conclui que mais altas prevalências de uso inadequado ocorrem à tardinha e no início da manhã.</p> <p>Principais causas de uso inadequado são problemas respiratórios (principalmente em menor idade) e digestivos.</p> <p><b>FRI:</b></p>	8
Lee et al 2000 <sup>32</sup>	China Caso-controle	726 casos (4 SE) e 726 controles (2 ambulatoriais)	1 ano 1997	<p><b>Univariada:</b> &lt;idade e proximidade do SE (P&lt;0,01).Sem diferença entre os sexos (P=0,2)</p> <p><b>Caso-controle:</b></p> <p>Variáveis avaliadas: casa própria,escolaridade, médico definido, situação ocupacional, razões dos pacientes não urgentes preferirem SE que APS.</p>	13

				<p><b>Multivariada</b> idade de 0-9 anos comparado com <math>\geq 65</math> anos (RO=5,44, IC95% 1,6;18,2), quem trabalha parte do tempo ou donas de casa (RO=0,38, IC95% 0,19;0,78).</p> <p>Razões para preferir o SE ao invés da APS: maior eficiência no diagnóstico, maior autopercepção de urgência, APS fechado, desespero por ajuda. Por outro lado, menor custo está associado menor odds para utilização inadequada do SE.</p> <p>Sem associação com proximidade do SE.</p> <p><b>FRE:</b></p>	
Finn et al 2006 <sup>40</sup>	Austrália Transversal	N=541 $\geq 65$ anos, que viviam em asilos.	Jan,1 / Jun,30 2002	<p><b>Multivariada:</b> consulta prévia com médico de atenção primário (APS) ou médico substituto (P=0,02), &gt; número de intervenções clínicas, &gt; tempo de permanência no SE (P&lt;0,001), &lt; taxa de sobrevivência (P=0,02).</p> <p>Sem diferença: idade (P=0,93), sexo (P=0,96)</p>	8
Rodrigues et al 2001 <sup>23</sup>	Cuba Transversal	N=1360 $\geq 15$ anos SE e policlínica	5 dias 1995	<p><b>FRI:</b></p> <p><b>Univariada:</b> &lt; idade (P&lt;0,001), horário de trabalho (P&lt;0,001)</p> <p>Sem diferença entre os sexos (P&gt;0,05)</p> <p><b>FRE:</b></p>	7,5
Stein et al 2002 <sup>26</sup>	Brasil Transversal	N=553	20 dias (Jan/Junho) 1996	<p><b>Multivariada:</b></p> <p>Controlando para variáveis demográficas, socioeconômicas, meio de transporte, distância do SE, quem encaminhou, local regular consulta, conj sintomas</p> <p>ter médico definido (RO=2,98, IC95% 1,84;4,80)e ter ido de carro (RO= 2,67, IC95% 1,75;4,05)</p> <p><b>Característica do uso inadequado:</b> durante o dia: manhã (RR= 1,46, IC95% 1,02;2,10), tarde (RR=1,29, IC95% 0,90;1,85), noite (RR=1,16, IC95% 0,81;1,68), madrugada (categoria de referência), maior duração dos sintomas (P&lt;0,001), maior tempo de espera na sala de espera (P&lt;0,001).</p>	8,5
Carret et al 2007 <sup>13</sup>	Brasil Transversal	N= 1647 $\geq 15$ anos	Setembro, 2004	<p><b>FRI:</b> menor idade; entretanto, idade se comportou como modificador de efeito (P de interação=0,04).</p> <p><b>FRI entre aqueles com 15 -49 anos:</b> sexo feminino (RR=1,52, IC95% 1,23; 1, 88), ter referido dificuldade de agendar horário na APS como razão para ir no SE (RR=1,38, IC95% 1,01; 1,89), referir menor número de turnos em que a APS permanece aberta (P=0,009), ter referido que o médico da APS se nega a atender sem prévio agendamento (RR=1,44, IC95% 1,02;2,02), não ser referido por profissionais de saúde (RR=1,40,</p>	13

---

IC95% 1,01;1,94).

Sem associação com cor da pele, situação conjugal, escolaridade, doença crônica, autopercepção de saúde, ter visitado a APS previamente, médico regular, suporte social.

**FRI entre aqueles com 50 anos ou mais:** ausência de doença crônica (RR=1,50, IC95% 1,03; 2, 17), ausência de suporte social (RR=1,40, IC95% 1,01; 1,95).

Sem associação com sexo, cor da pele, situação conjugal, maior escolaridade (P=0,06), ter visitado a APS previamente, médico regular, dificuldade de agendar horário na APS, número de turnos em que a APS permanece aberta, médico da APS se nega a atender sem prévio agendamento, quem encaminhou para SE.

---

\*Escore de qualidade de acordo com Downs & Black

FRE: fator de risco para uso inadequado

FRI: fator de risco para uso inadequado

SE: Serviço de Emergência

APS: Atenção Primária à Saúd

# **Comunicado à Imprensa**

## **24% DOS PACIENTES DO PRONTO SOCORRO NÃO PRECISARIAM DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA**

O Pronto Socorro Público (PSP) atende por dia em torno de 150 pacientes de 15 anos ou mais, mas destes 45 apresentam problemas de baixa complexidade como por exemplo dor muscular, dor abdominal, dor de cabeça e não precisariam ter atendimento de emergência, eles poderiam ser avaliados em outro tipo de serviço de saúde como postos de saúde e ambulatórios especializados. Isto é o que mostra o estudo realizado em 2004 pela médica Maria Laura Vidal Carret, como parte do doutorado em epidemiologia do Curso de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas que entrevistou 1647 pacientes do Pronto Socorro Público com 15 anos ou mais. O estudo apontou também que os pacientes que buscaram o PSM esperaram uma média de 15 minutos pra serem atendidos, em 40% dos casos foi solicitado exames e em cada três casos receberam medicação na veia. O maior número de atendimentos se concentrou no período entre as 19 e 20 horas.

O serviço de emergência (SE) tem como objetivo prestar um tratamento imediato e provisório aos casos de acidentes ou situações imprevistas e tem como característica o alto custo. Assim, as pessoas são atraídas para este serviço pela possibilidade de realizar exames e fazer tratamento no mesmo momento da consulta e por pensarem que se a emergência, por ser capaz de manejar casos graves, seria capaz de manejar qualquer tipo de caso. Entretanto, o que muitos não sabem é que quando consultam na emergência sem precisar, os pacientes tem uma abordagem pontual do seu problema, ou seja, não tem continuidade no atendimento que muitas vezes é essencial para ajustar medicação, fazem mais exames do que precisariam e acabam não recebendo orientações

que tem impacto de longo prazo, como aquelas relativas a ações preventivas, que evitam complicações ou referentes a mudanças de hábitos ou comportamentos.

O turno da manhã foi o período de maior utilização inadequada do PSP, ou seja, exatamente no horário em que as UBS estão abertas e poderiam estar acolhendo esta demanda. Os mais jovens consultaram mais inadequadamente do que os mais velhos. Entre pacientes com 15 a 49 anos de idade aqueles que consideravam não ter outro lugar para consultar, que relatavam que o médico da UBS não atendia sem agendamento prévio, que diziam que a UBS de sua escolha funcionava menos tempo do que as outras UBS e os que não foram encaminhados para o SE por um profissional de saúde apresentavam uma frequência maior de uso inadequado do SE. Já entre pacientes de 50 anos ou mais aqueles, que não tinham doença crônica e que não contavam com apoio de familiares ou amigos para marcar consulta ou acompanhar para consultar utilizavam mais inadequadamente o SE.

O estudo sugere, por um lado, que os pacientes precisam se conscientizar que só devem buscar o SE em situações agudas, quando existe algum risco de morte, ou por orientação médica e que casos de baixa complexidade são mais bem manejados e principalmente tem a possibilidade de acompanhamento na atenção básica. Por outro lado, para reduzir o uso inadequado do serviço de emergência, é preciso que a atenção básica faça uma triagem adequada e atenda os casos que embora tenham baixa complexidade necessitam de uma atenção imediata.

O uso inadequado do serviço de emergência é relativamente alto em relação à sua demanda, mas baixo em relação à capacidade de atendimento da atenção básica do município. Como temos, em média, 45 pacientes por dia com 15 anos ou mais usando o SE inadequadamente e 50 UBS na cidade, se as UBS atendessem de forma imediata mais um paciente por dia poderia se reduzir de forma importante o uso inadequado do

SE. Desta forma, o custo do sistema seria reduzido e o PSM poderia focar sua atenção nos casos que realmente precisam.



# Anexos

**Anexo 1**

**Questionário**

# Este questionário deve ser aplicado a todas pessoas com 15 anos ou mais

Bloco A – Identificação

Número do questionário _____ - ____	NQ _____ - ____
Número do paciente _____	NP _____
Data da entrevista: ____/____	DT _____
Horário de início da entrevista: ____:____	HORA _____ MIN _____
Entrevistadora: _____	ENTREV _____
1) Qual é o seu nome? _____	
2) Qual é a sua idade? _____	IDADE _____
<i>AS PERGUNTAS 3 E 4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS</i>	
3) Cor da pele:    (0) branca      (1) não branca	CORPELE _____
4) Sexo:           (0) masculino   (1) feminino	SEXO _____
5) Qual é o seu endereço? Rua: _____	
Número: _____      Complemento: _____	
Bairro: _____	
Cidade: _____      Estado: _____	
6) O Sr(a) tem telefone (Tem algum telefone para contato, de familiar, amigo ou trabalho)? (0) não → pule para a pergunta 8 (1) sim	TELEF _____
7) Qual o número? _____	NTELEF _____ _____
(88888888) NSA                      (99999999) IGN	

## Bloco B – Consulta Atual

**8) O que o Sr(a) está sentindo?** (escrever com as palavras do paciente os três principais sintomas)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SINT A \_\_\_

SINT B \_\_\_

SINT C \_\_\_

**9) Qual o principal motivo da consulta na emergência?** (escrever com as palavras do paciente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVO \_\_\_

**10) Há quanto tempo o Sr.(a) está sentindo isso?**

\_\_\_\_\_ dias e /ou \_\_\_\_\_ horas

TDSINT \_\_\_

THSINT \_\_\_

**11) O Sr(a) já consultou por estes sintomas desta vez que está com o problema ou nesta crise?**

(0) não → pule para a pergunta 14

(1) sim

CSINT \_\_\_

**12) Onde o Sr(a) consultou por este motivo?**

(0) no posto de saúde

(1) em clínica de convênio

(2) no consultório médico

(3) no pronto socorro

(4) Outro: Onde? \_\_\_\_\_

(8) NSA

LCONS \_\_\_

**13) Porque o problema não foi resolvido nesse local onde o Sr(a) consultou?**

(0) não tinha remédio (1) precisava de exame de urgência (2) precisava internação

(3) só é dado medicamento para aliviar os sintomas

(4) Outro: Porque? \_\_\_\_\_

(8) NSA

NRSINT \_\_\_

PULE PARA A PERGUNTA 15

**14) Porque o Sr(a) não consultou antes por este motivo?**

(0) porque os sintomas não estavam tão fortes

(1) porque não podia faltar ao trabalho ou escola

(2) porque não conseguiu ficha no posto

(3) porque aconteceu agora

(4) Outros: \_\_\_\_\_

(8) NSA

NCSINT \_\_\_

**15) O Sr(a) acha que o seu problema apresenta risco de morte ou necessidade de tratamento imediato?**

(0) não

(1) sim → pule para a pergunta 17

RSINT \_\_\_

**16) Se o motivo não foi uma emergência, por que o Sr(a) veio no pronto socorro?**

(na dúvida, escrever com as palavras do paciente)

a) acredita que o PS tem mais condições para resolver o problema (0) não (1) sim

b) possibilidade de fazer exames no momento da consulta (0) não (1) sim

c) por não conseguir marcar consulta (0) não (1) sim

d) por receber a medicação de alívio do sintoma, no momento da consulta

(0) não (1) sim

e) Outro motivo: (0) não (1)sim → Qual? \_\_\_\_\_

(8) NSA

(9) IGN

ACSINT \_\_

EXSINT \_\_

NMSINT \_\_

MESINT \_\_

OUSINT \_\_

**17) O Sr(a) acha que poderia ter esperado até amanhã para consultar?**

(0) não

(1) sim

ESINT \_\_

**18) Então, porque o Sr(a) veio a este serviço? (na dúvida, escrever com as palavras do paciente)**

a) acredita que o PS tem mais condições para resolver o problema (0) não (1) sim

b) possibilidade de fazer exames no momento da consulta (0) não (1) sim

c) por não conseguir marcar consulta (0) não (1) sim

d) por receber a medicação de alívio do sintoma, no momento da consulta

(0) não (1) sim

e) Outro motivo: (0) não (1)sim → Qual? \_\_\_\_\_

(8) NSA

(9) IGN

ACSIN \_\_

EXSIN \_\_

NCSIN \_\_

MESIN \_\_

OUSIN \_\_

**19) O Sr(a) faltou ao trabalho ou escola por causa desse problema de saúde?**

(0) não → pule para a pergunta 21

(1) sim

TSINT \_\_

**20) Quantos dias de trabalho ou escola o Sr(a) perdeu por causa desse problema de saúde?**

\_\_ \_\_ dias

(88) NSA

DTSINT \_\_ \_\_

**21) Quem sugeriu que o Sr(a) viesse ao Pronto Socorro?**

(0) veio por conta própria

(1) com encaminhamento do médico

(2) orientada por algum profissional de saúde

(3) por sugestão de algum familiar ou amigo

(4) outros → Quem? \_\_\_\_\_

(9) IGN

SUSINT \_\_

**22) Quantas vezes o Sr(a) consultou no Pronto Socorro no último ano? (não considerar consulta nas última 24 horas)**

\_\_ \_\_ vezes

(99) IGN

(88) NSA

(77) nunca consultou antes M → pule para a pergunta 24

ASINT \_\_ \_\_

**23) Quantas vezes o Sr(a) consultou no Pronto Socorro nos últimos três meses?**

(não considerar consulta nas última 24 horas)

\_\_ \_\_ vezes

MSINT \_\_ \_\_

<p><b>24) Como o Sr(a) veio até o Pronto Socorro?</b>  (0) <i>caminhando</i>                      (1) <i>ônibus</i>                      (2) <i>taxi</i>  (3) <i>carro</i>                      (4) <i>ambulância</i>  (5) <i>Outro</i> → Como? _____</p>	<p><i>MTSINT</i> __</p>
<p><b>25) Quanto tempo demorou na sala de espera do Pronto Socorro, desde sua chegada aqui, até ser atendido?</b>  __ __ <i>horas e/ou</i> __ __ <i>minutos</i></p>	<p><i>DHSINT</i> __ __  <i>DMSINT</i> __ __</p>

<b>Bloco C - Consulta Médica Prévia</b>	
<b>AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS</b>	
<b>SOBRE A SUA SAÚDE</b>	
<p><b>26) Em geral, o Sr(a) considera a sua saúde:</b>  (0) <i>excelente</i>                      (1) <i>muito boa</i>  (2) <i>boa</i>                      (3) <i>regular</i>                      (4) <i>ruim</i></p>	<p><i>SAUDE</i> __</p>
<p><b>27) O Sr(a) tem algumas das doenças abaixo:</b>  Diabetes ou açúcar no sangue?      (0) <i>não</i>      (1) <i>sim</i>  Pressão alta?                      (0) <i>não</i>      (1) <i>sim</i>  Bronquite, asma ou enfisema?      (0) <i>não</i>      (1) <i>sim</i>  Problema de coração?              (0) <i>não</i>      (1) <i>sim</i>  Reumatismo?                      (0) <i>não</i>      (1) <i>sim</i>  Depressão?                      (0) <i>não</i>      (1) <i>sim</i>  Outro (0)<i>não</i>      (1)<i>sim</i> → O que? _____</p>	<p><i>DM</i> __  <i>HAS</i> __  <i>DPOC</i> __  <i>CI</i> __  <i>REUM</i> __  <i>DEPRE</i> __  <i>OUTD</i> __</p>
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<p><b>28) O Sr(a) tem algum convênio ou plano de saúde?</b>  (0) <i>não</i> → <i>pule para a pergunta 30</i>  (1) <i>sim</i></p>	<p><i>CONVE</i> __</p>
<p><b>29) Qual o nome deste convênio?</b>  (0) <i>Unimed</i>                      (1) <i>IPE</i>  (2) <i>Pias</i>                      (3) <i>Sindicato</i>                      (4) <i>Policlínica</i>  (5) <i>Outro</i> → <i>Qual?</i> _____  (8) <i>NSA</i>                      (9) <i>IGN</i></p>	<p><i>QCONVE</i> __</p>
<p><b>30) Quando o Sr(a) tem algum problema de saúde, onde normalmente costuma procurar atendimento médico?</b>  (0) <i>nunca consulta</i> → <i>pule para a pergunta 32</i>  (1) <i>Posto de saúde</i>                      (2) <i>clínicas privadas</i>  (3) <i>ambulatórios do SUS</i>                      (4) <i>consultório médico</i>  (5) <i>Pronto Socorro</i>  (6) <i>Outro</i> → <i>Qual?</i> _____</p>	<p><i>LOCAL</i> __</p>

<p><b>31) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou neste serviço?</b>  (0) última semana (1) último ano  (2) último mês (3) mais de um ano (8) NSA</p>	<p>QUATE __</p>
<p><b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O POSTO DE SAÚDE ONDE O SR(A) VAI (OU IRIA) SE NECESSITASSE DE ATENDIMENTO.</b></p>	
<p><b>32) Qual o posto que o Sr(a) costuma consultar ou consultaria quando necessário?</b>  _____</p>	<p>POSTO __ __</p>
<p><b>33) Neste posto, em que horário tem médico atendendo?</b>  (0) turno da manhã, durante a semana  (1) turno da tarde, durante a semana  (2) turno da manhã e da tarde, durante a semana  (3) turno da manhã, tarde e noite, durante a semana  (4) outros → Qual? _____</p>	<p>HORAPO __</p>
<p><b>34) O médico que atende neste serviço costuma se negar a atender?</b>  (0) não → pule para a pergunta 36  (1) sim</p>	<p>NEGPO __</p>
<p><b>35) Que tipo de consulta o médico se nega a atender?</b>  (0) pediatria (1) ginecologia  (2) pacientes com febre que não marcaram consulta antes  (3) Outro → Qual? _____  (8) NSA</p>	<p>QNEPO __</p>
<p><b>36) Neste posto, como é marcada a consulta?</b>  (0) agendamento (1) fila no dia da consulta  (2) Outro → Qual? _____</p>	<p>MARPO __</p>
<p><b>37) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou no posto de saúde?</b>  (0) última semana (1) último mês (2) último ano (3) mais de um ano  PULE PARA A PERGUNTA 39  (4) nunca consultei lá → faça a próxima pergunta</p>	<p>QUAPO __</p>
<p><b>38) O Sr(a) levou ou acompanhou alguém para consultar no posto de saúde?</b>  (0) não → pule para a pergunta 51  (1) sim (8) NSA</p>	<p>ALGUPO __</p>
<p><b>39) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar) neste serviço, foram solicitados exames?</b>  (0) não → pule para a pergunta 42  (1) sim (8) NSA</p>	<p>EXAPO __</p>
<p><b>40) O Sr(a) chegou a marcar os exames solicitados nesta última consulta?</b>  (0) não → pule para a pergunta 42  (1) sim (8) NSA</p>	<p>MEXPO __</p>

<p><b>41) Quanto tempo demorou desde a solicitação do último exame até a sua realização?</b>      ___ dias e /ou ___ meses (7777) ainda está esperando a marcação      (8888) NSA</p>	<p>TDEXPO ___          TMEXPO ___</p>
<p><b>42) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar) neste serviço, foram receitados medicamentos?</b>          (0) não → pule para a pergunta 47          (1) sim (8) NSA</p>	<p>MEDPO ___</p>
<p><b>43) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar), recebeu os medicamentos receitados no posto de saúde?</b>          (0) não (1) recebi alguns medicamentos          (2) recebi todos → pule para a pergunta 45          (8) NSA</p>	<p>RMEDPO ___</p>
<p><b>44) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar), comprou algum medicamento receitado?</b>          (0) não (1) sim (8) NSA</p>	<p>CMEDPO ___</p>
<p><b>45) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar), fez o tratamento completo recomendado pelo médico?</b>          (0) não (1) mais ou menos          (2) sim → pule para a pergunta 47          (8) NSA</p>	<p>TMEDPO ___</p>
<p><b>46) Porque não foi feito o tratamento completo que o médico orientou, nesta última consulta?</b>          (0) não tinha dinheiro para comprar o medicamento          (1) não confiou no diagnóstico do médico          (2) Outros → Qual? _____          (8) NSA</p>	<p>NMEDPO ___</p>
<p><b>47) Na última vez que consultou (ou levou alguém para consultar) neste posto, foi encaminhado para outro serviço?</b>          (0) não → pule para a pergunta 51          (1) sim</p>	<p>ENCPO ___</p>
<p><b>48) Nesta última consulta, para onde o Sr(a) (ou quem consultou) foi encaminhado?</b>          (0) para o PSM (1) oftalmologista (2) cirurgia (3) cardiologista          (4) dermatologista (5) neurologista (5) traumatologista/ortopedista          (6) Outro: Qual? _____          (8) NSA</p>	<p>QENCPO ___</p>
<p><b>49) Nesta última consulta, marcou este atendimento que o médico do posto encaminhou?</b>          (0) não → pule para a pergunta 51          (1) sim (8) NSA</p>	<p>MENCPO ___</p>
<p><b>50) Quanto tempo demorou para conseguir a consulta?</b>      ___ dias e/ou ___ meses (7777) ainda está esperando a marcação      (8888) NSA</p>	<p>TDENCPO ___          TMENCPO ___</p>



<p><b>51) Mostre-me o quanto o Sr(a) ficou satisfeito com essa última consulta:</b> (mostrar cartela com as caras)                      Grau: __</p>	SATIPO __
<p><b>52) Quando o Sr(a) tem algum problema de saúde e decide consultar, tem um médico ao qual costuma ir na maioria das vezes?</b> (0) não → pule para a pergunta 59 (1) sim</p>	MDPO __
<p><b>53) O Sr(a) sabe o nome do seu médico?</b> (0) não                      (1) sim                      (8) NSA</p>	NMDPO __
<p><b>54) Qual a especialidade deste médico?</b> (0) clínico geral      (1) cardiologista      (2) endocrinologista      (3) neurologista (4) Outro: Qual? _____ (8) NSA</p>	EMDPO __
<p><b>55) Onde este médico costuma lhe atender?</b> (0) posto de saúde                      (1) clínica privada (Policlínica, Sulclínica...) (2) ambulatório do SUS                      (3) consultório médico (4) Pronto Socorro (5) Outro → Qual? _____ (8) NSA</p>	LMDPO __
<p><b>56) Quanto tempo faz que o Sr(a) consulta com esse médico?</b> (0) menos de um mês                      (1) menos de um ano (2) menos de um ano                      (8) NSA</p>	TMDPO __
<p><b>57) Porque o Sr(a) não procurou este médico hoje?</b> (0) ele é que me encaminhou para o PSM                      (1) ele não podia atendê-lo (2) o local onde ele atende estava fechado                      (3) tinha que pagar a consulta (4) meu caso é para PSM (5) Outro: Qual? _____ (8) NSA</p>	PMDPO __
<p><b>58) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou com o seu médico?</b> ____ dias e/ou ____ meses e/ou ____ anos (888888) NSA  <i>PULE PARA A PERGUNTA 60</i></p>	UDPO __ __ UMPO __ __ UAPO __ __
<p><b>59) Porque o Sr(a) não consulta sempre com o mesmo médico?</b> (0) nunca é o mesmo médico                      (1) depende da hora que preciso de consulta (2) não costumo consultar                      (3) não acho importante (4) não tenho dinheiro para pagar consulta (ou, não tenho mais convênio) (5) Outro: Qual? _____ (8) NSA</p>	SMDPO __

## Bloco D – Características socioeconômicas e comportamentais

<p><b>60) Qual a sua situação conjugal atual?</b>                  (0) casado(a) ou com companheiro(a)                  (1) solteiro(a) ou sem companheiro(a)                  (2) separado(a)                  (3) viúvo(a)</p>	COMPAN __
<p><b>61) Quantas pessoas moram na sua casa?</b>                  __ __ pessoas</p>	PMORA __ __
<p><b>62) O (A) Sr. (a) sabe ler e escrever ?</b>                  (0) não → pule para a pergunta 65                  (1) sim                  (2) só assina → pule para a pergunta 65</p>	KLER __
<p><b>63) Até que série o(a) Sr.(a) estudou?</b>                  Anos completos de estudo: __ __ anos (88) NSA</p>	ESCOLA __ __
<p><b>64) No momento atual, o senhor está freqüentando a escola?</b>                  (0) não (1) sim</p>	FREESC __
<p><b>65) O Sr(a) está trabalhando atualmente?</b>                  (0) não → pule para a pergunta 67                  (1) sim</p>	TRABAT __
<p><b>66) Quantas horas por semana o Sr(a) trabalha?</b>                  Horas por semana: __ __ horas → pule para a pergunta 69                  (88) NSA</p>	TRABHS __ __
<p><b>67) O Sr(a) está desempregado?</b>                  (0) não → pule para a pergunta 69                  (1) sim</p>	DESEMP __
<p><b>68) Há quanto tempo o Sr(a) está desempregado?</b>                  __ __ __ meses (888) NSA</p>	TDESEM __ __ __
<p><b>69) O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?</b>                  (0) não, nunca fumou → pule para a pergunta 72                  (1) sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)                  (2) já fumou mas parou de fumar há __ __ anos __ __ meses</p>	FUMO __ TPAFU __ __ TPMFU __ __
<p><b>70) Há quanto tempo o Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo) ?</b>                  __ __ anos e/ou __ __ meses (8888) NSA</p>	TAFUMO __ __ TMFUMO __ __
<p><b>71) Quantos cigarros o Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?</b>                  __ __ cigarros (88) NSA</p>	CIGDIA __ __
<p><b>72) Qual a bebida que o Sr(a) mais gosta de beber?</b>                  (0) não bebe → pule para a questão 77                  (1) cerveja ou chopp                  (2) vinho, licorés                  (3) bebidas destiladas: uísque, vodca, cachaça, conhaque</p>	CAGE __

<p><b>73) Alguma vez o Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?</b>  (0) não  (1) sim (8) NSA</p>	<p>QCAGE __</p>
<p><b>74) As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de beber?</b>  (0) não  (1) sim (8) NSA</p>	<p>ACAGE __</p>
<p><b>75) O Sr (a) se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?</b>  (0) não  (1) sim (8) NSA</p>	<p>CCAGE __</p>
<p><b>76) O Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?</b>  (0) não  (1) sim (8) NSA</p>	<p>MCAGE __</p>
<p><b>77) Quando o Sr(a) precisa consultar, tem alguém que lhe acompanha na consulta?</b>  (0) não  (1) sim → Quem? _____</p>	<p>ACOFIC __</p>
<p><b>78) Quando o Sr(a) precisa consultar, tem alguém que vai tirar a ficha para o Sr(a)?</b>  (0) não  (1) sim → Quem? _____</p>	<p>TIRFIC __</p>
<p><b>79) Quando o Sr(a) precisa consultar, tem alguém que consegue a ficha para o Sr(a), sem precisar ir para a fila?</b>  (0) não  (1) sim → Quem? _____</p>	<p>CONFIC __</p>
<p><b>AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS DOS MORADORES DA SUA CASA.  MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA, PORTANTO O(A) SR(A) PODE FICAR TRANQUILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.</b></p>	
<p><b>80) O(A) Sr.(a) tem rádio em casa?</b>  (0) não Se sim: Quantos? __ rádios</p>	<p>ABRD __</p>
<p><b>81) Tem televisão colorida em casa?</b>  (0) não Se sim: Quantas? __ televisões</p>	<p>ABTVCL __</p>
<p><b>82) O(A) Sr.(a) ou sua família tem carro?</b>  (0) não Se sim: Quantos? __ carros</p>	<p>ABCAR __</p>

<p><b>83) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr.(a) tem em casa?</b></p> <p>Aspirador de pó (0) não (1) sim</p> <p>Máquina de lavar roupa (0) não (1) sim</p> <p>Videocassete ou DVD (0) não (1) sim</p> <p>Geladeira (0) não (1) sim</p> <p>Freezer separado ou geladeira duplex (0) não (1) sim</p>	<p>ABASPO __</p> <p>ABMQRP __</p> <p>ABVCR __</p> <p>ABGLDR __</p> <p>ABFREE __</p>
<p><b>84) Quantos banheiros tem em casa?</b>  (0) nenhum __ banheiros</p>	<p>ABBAN __</p>
<p><b>85) O(A) Sr.(a) tem empregada doméstica em casa?</b>  (0) nenhuma Se sim: Quantas? __ empregadas</p>	<p>ABMAID __</p>

**Bloco E – Atendimento no PS**  
**Este bloco deve ser preenchido com o prontuário do OS**

<p><b>86) Diagnóstico do boletim médico:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>CID _____</p>
<p><b>87) Conduta após consulta no PSM?</b>  (0) encaminhado para a casa  (1) encaminhado para reavaliação ambulatorial  (2) encaminhamento para especialista  (3) Outro → Qual? _____</p>	<p>POSPS __</p>

**Bloco F – Critério de Urgência**  
**Este bloco deve ser preenchido com auxílio do médico de plantão**

**CRITÉRIOS DE GRAVIDADE**

88) Paciente apresentando as seguintes situações (aguda ou muito recente):

88.A) Perda de consciência	(0) não	(1) sim		<i>CGPCON</i> __
88.B) Desorientação	(0) não	(1) sim		<i>CGDES</i> __
88.C) Coma	(0) não	(1) sim		<i>CGCOMA</i> __
88.D) Insensibilidade	<b>(0) não</b>	<b>(1) sim</b>		<i>CGINSE</i> __

88.E) Perda brusca de visão ou audição	(0) não	(1) sim		<i>CGPVIS</i> __
--	---------	---------	--	------------------

88.F) Alterações de pulso (<50 ou > 140 pulsações por minuto)	(0) não	(1) sim	(2) não mediu	<i>CGFC</i> __
<i>Arritmias</i>	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>	<i>(2) não mediu</i>	<i>CGAR</i> __

88.G) Alterações de pressão arterial		(2) não mediu		
(sistólica: <90 / >200 mmHg)	(0) não	(1) sim		<i>CGTAS</i> __
(diastólica: <60 / 120 mmHg)	(0) não	(1) sim		<i>CGTAD</i> __

88.H) Alterações de eletrólitos ou gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crônicas desses parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.)	(0) não	(1) sim	(2) não mediu	<i>CGELET</i> __
--	---------	---------	---------------	------------------

88.I) Febre persistente (5 dias), não controlada com tratamento em atenção primária		(0) não	(1) sim	<i>CGFEB</i> __
---	--	---------	---------	-----------------

88.J) Hemorragia ativa: hematêmese, epistaxe, melena, etc.	(0) não	(1) sim		<i>CGHEM</i> __
--	---------	---------	--	-----------------

88.K) Perda brusca da capacidade funcional de qualquer parte do corpo	(0) não	(1) sim		<i>CGFUN</i> __
---	---------	---------	--	-----------------

**CRITÉRIOS DE TRATAMENTO**

89.A) Administração de medicação ou fluído endovenoso (exceto para manter veia)	(0) não	(1) sim		<i>CTEV</i> __
---	---------	---------	--	----------------

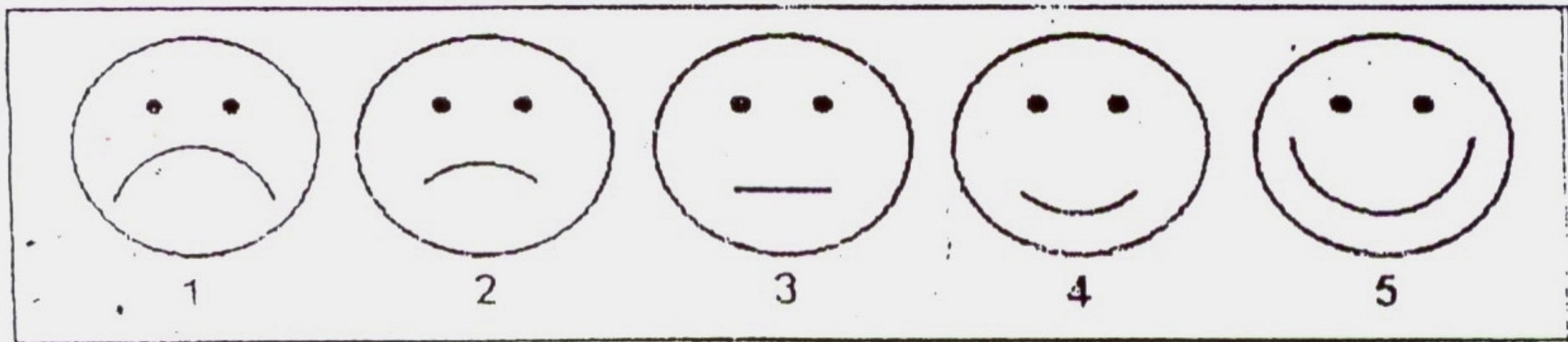
89.B) Administração de oxigênio	(0) não	(1) sim		<i>CTOXIG</i> __
---------------------------------	---------	---------	--	------------------

89.C) Colocação de gesso (exceto ataduras)	(0) não	(1) sim		<i>CTGESS</i> __
--	---------	---------	--	------------------

89.D) Intervenção/ procedimento realizado em bloco cirúrgico	(0) não	(1) sim		<i>CTBCIR</i> __
--	---------	---------	--	------------------

<b>CRITÉRIOS DE INTENSIDADE DIAGNÓSTICA</b>			
90.A) Monitorização dos sinais vitais de forma constante a cada 2 horas	(0) não	(1) sim	<i>CISV</i> __
90.B) Radiografia de qualquer espécie	(0) não	(1) sim	<i>CIRX</i> __
90.C) Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que consultam por motivos não relacionados com a diabetes)	(0) não	(1) sim	<i>CIEXAM</i> __
90.D) Eletrocardiograma (exceto por cardiopatias conhecidas que consultam por motivos não relacionados com a cardiopatia)	(0) não	(1) sim	<i>CIECG</i> __
<b>OUTROS CRITÉRIOS</b>			
91.A) Paciente a mais de 12 horas em observação no serviço de emergência	(0) não	(1) sim	<i>OCOBS</i> __
91.B) Paciente hospitalizado ou transferido para outro hospital	(0) não	(1) sim	<i>OCHOSP</i> __
91.C) Outras situações especiais (especificar): _____ -			<i>OCOUT</i> __
<b>CRITÉRIOS APLICADOS SOMENTE A PACIENTES QUE CONSULTARAM ESPONTANEAMENTE</b>			
92.A) Proveniente de um acidente (tráfego, trabalho, em lugar público, etc) e que necessite avaliar o paciente	(0) não	(1) sim	<i>CEACID</i> __
92.B) Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, de instalação rápida, tiragem, dor abdominal aguda	(0) não	(1) sim	<i>CEDORA</i> __
92.C) Quadro conhecido pelo paciente e que habitualmente requer internação.	(0) não	(1) sim	<i>CEINT</i> __
92.D) O médico do paciente orientou que procurasse o serviço de urgência em caso de aparecimento do sintoma	(0) não	(1) sim	<i>CEOMED</i> __
92.E) Requer atenção médica rápida e o hospital é o local mais certo	(0) não	(1) sim	<i>CEPERT</i> __
92.F) Outras consultas espontâneas de urgência (especificar): _____			<i>CEOUT</i> __

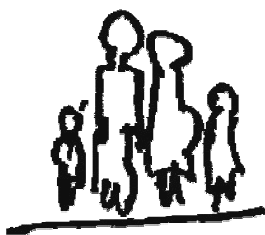
# FIGURA UTILIZADA PARA AVALIAR SATISFAÇÃO



**Anexo 2**

**Manual de Instruções**





**Universidade Federal de Pelotas**  
**Faculdade de Medicina**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**

**Doutorado em Epidemiologia**

# **Manual de Instruções**

**PELOTAS – RS – 2004**

## TELEFONES & ENDEREÇOS

**Universidade Federal de Pelotas**

**Faculdade de Medicina**

**Departamento de Medicina Social**

**Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**

Caixa Postal: 464

Cep: 96030-000 - Pelotas, RS

Fone: (53) 271-2442

Fax: (53) 271-2645

<b># SUPERVISORES #</b>		
<b>NOME</b>	<b>TELEFONES</b>	<b>E - MAIL</b>
<b><i>Maria Laura V. Carret</i></b>	<b>223.4062 99827276</b>	lcarret@ig.com.br
<b><i>Andréa Bertoldi</i></b>	<b>91340337</b>	andreabertoldi@terra.com.br
<b><i>Vera Pinheiro Vieira</i></b>	<b>278.8270</b>	vpvieira@terra.com.br
<b><i>Patrícia Carret Soares</i></b>	<b>91077468</b>	tetreecs@hotmail.com
<b><i>Clarissa Taghetti</i></b>	<b>225.0312 91267594</b>	

Caso você precise de mais material ou tenha qualquer problema / dúvida durante o trabalho de campo pode ligar para um dos supervisores.

Diariamente, uma das supervisoras estará no PSM a cada troca de plantão para ajudar na solução de algum problema, recolhimento de material e entrega de mais material.

# **ORIENTAÇÕES GERAIS**

## 1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

### TENHA SEMPRE COM VOCÊ:

- crachá de identificação;
- carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia;
- manual de instruções;
- questionários;
- figuras do questionário sobre satisfação do usuário;
- lápis, borracha, apontador e sacos plásticos.

**OBS:** Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

## 2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo todas as pessoas com 15 anos ou mais.

## 3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas menores de 15 anos.

## 4. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

### 4.1. TROCA DE PLANTÃO

O entrevistador que está saindo do plantão deve passar o plantão ao seu substituto, esclarecendo algum caso pendente e orientando em que número de atendimento parou.

### 4.2. PACIENTES ENTREVISTADOS

- Todos os pacientes entrevistados devem ser listados na folha de listagem, seguindo a orientação dos pulos corretamente.
- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que o entrevistado não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar durante todo o tempo em que estiver no PSM e que não for possível conseguir endereço ou telefone para posterior contato, sem acompanhante. Nesses casos sempre lembrar de anotar na planilha do domicílio, sendo que não haverá substituições.

### 4.3. FOLHA DE LISTAGEM

Exemplo:

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Turno	Nº	Nome do paciente	Observações	Supervisora
M	1	José da Silva	X	
M	2	Zezinho da Silva	CRIANÇA	
M	3	João da Silva		
T	4	Maria da Silva	EXCLUSÃO	
T	5	Ana da Silva	RECUSA	
N	6			

A cada dia deverá ser preenchida nova **FOLHA DE LISTAGEM**, a qual deve permanecer na recepção, próximo ao livro de registro e deve conter o nome de todos os pacientes que fizeram ficha no PSM, com o seu número correspondente.

O turno se refere ao turno em que foi feita a ficha do entrevistado.

Coluna “observações”:

- marcar com X os questionários completos;
- deixar em branco quando faltar alguma informação para completar o questionário;
- escrever CRIANÇA, quando menor de 15 anos;
- escrever RECUSA quando o entrevistado se recusar a responder o questionário, não esquecendo de preencher a Ficha de perdas, recusas e exclusão com todos os dados possíveis daquele indivíduo;
- escrever EXCLUSÃO quando o entrevistado não pode responder o questionário por ser deficiente mental,
- escrever PERDA quando o entrevistado, por exemplo, não foi encontrado, pois não quis esperar o atendimento.

### 4.4. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR AO ENTREVISTADO

- Procure apresentar-se de uma forma **SIMPLES, LIMPA e SEM EXAGEROS**.
- **NUNCA ESQUECER:** Seja sempre **GENTIL e EDUCADO**, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-la.
- Sempre porte seu crachá de identificação, se necessário apresente sua carta de apresentação.
- Seja **PACIENTE** para obter o mínimo de perdas e recusas. Lembre-se que os entrevistados são pessoas que estão doentes no momento, logo, podem estar sensíveis e sem disposição para responder o questionário.

- Trate o entrevistado por **Sr. e Sra.**, sempre com respeito. Caso ele seja muito jovem, trate o entrevistado por **você**.
- Explicar que você é da Universidade Federal de Pelotas e/ou da Faculdade de Medicina e que está fazendo um trabalho sobre a saúde da população da cidade de Pelotas e que o mesmo está sendo realizado para pacientes que procuram o PSM
- Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas, sempre salientando que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde da população, ajudando, assim, a melhorá-la”.
- Explicar que as respostas ao questionário são absolutamente sigilosas e que as informações prestadas são extremamente importantes, pois, o objetivo do estudo é beneficiar a comunidade como um todo.

#### 4.5. RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar na FOLHA DE LISTAGEM, na coluna de “Observações” “RECUSA”. Além disso, preencha a LISTA DE PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES com o máximo de informações possíveis (idade, sexo, endereço...) Porém, **NÃO desistir antes de uma boa conversa com o paciente e/ou familiar, aguardando passar o “stress” da procura pelo PSM, e em último caso pedir para que forneçam o endereço e/ou telefone para que a entrevista seja realizada em outro horário.** Diga que entende o quanto a pessoa está ansiosa / sofrendo e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Lembre-se que a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra pessoa.
- **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são **TEMPORÁRIAS**, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente. Possivelmente, em um outro momento a pessoa poderá responder ao questionário. Na primeira recusa, tente preencher os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc) com algum familiar.

#### 5. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

- Os questionários devem ser preenchidos a **lápiz** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas.
- Pessoas sem condições mentais para responder o questionário, como por exemplo, idosos demenciados, etc, são considerados como **exclusões** (não fazem parte do estudo). Na FOLHA DE LISTAGEM, anote na coluna de “observação” “EXCLUÍDA” e descreva na LISTA DE PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES todos os dados possíveis sobre o paciente, como nome, sexo, idade, etc e escreva ao

lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas e peça para que o (a) entrevistado (a) aponte a resposta correta.

- As instruções nos questionários em **NEGRITO** devem ser lidas para o entrevistado. As instruções que não estiverem em **NEGRITO** não devem ser lidas, servem apenas para orientar o entrevistador.
- As instruções escritas em branco que estão dentro das caixas pretas não devem ser lidas ao entrevistado.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, sendo que o que estiver escrito em <itálico>, **NÃO** deve ser lido. Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- **NÃO** devem ser deixadas respostas em branco, em hipótese alguma.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante.

### 5.1. CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados e para codificá-los. Para tal, utilize a coluna da direita. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) **não** devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

**LEMBRE-SE:**

**Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:**

- **NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88, 888, 8888 ou 88888.** Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passa um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.
- **IGNORADA (IGN) = 9, 99, 999, 9999 ou 99999.** Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta “ignorado” somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- A codificação dos questionários deve ser preenchida no fim de cada dia, não se devendo deixar para outro dia. Nesta coluna deverão ser transferidos os números marcados nas respostas fornecidas na entrevista.



# **ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS**

## **Bloco A - IDENTIFICAÇÃO**

*Número do questionário:* não deve ser preenchido pelo entrevistador.

A variável NQ não deve ser preenchida

*Número do paciente:* deve ser idêntico ao número correspondente ao paciente no livro de registro do PSM.

Preencher a variável NP com o número correspondente, sendo que quando este número for menor que 100, preencher os espaços da esquerda com zero.

Exemplo: Paciente número 9: → NP 0 0 9

*Data da entrevista* \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia e mês. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Completar a variável DT conforme exemplo a seguir.

Exemplo: data de 05 de setembro → DT 0 5 0 9

*Horário de início da entrevista* \_\_\_ \_\_\_ h: \_\_\_ \_\_\_ min.

Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Utilizar o padrão de 24 horas, isto é, 3 horas da tarde = 15:00

Preenchimento da variável: → HORA: 1 5 : 0 0

*Entrevistadora* \_\_\_\_\_

Completar com o seu nome completo, e no código ENTREV\_ \_\_, com o nº de código que lhe será fornecido.

### **1. Qual é o seu nome?**

Anotar o nome completo do entrevistado.

### **2. Qual é a sua idade?**

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre documento e idade real, completar com a idade real informada pela pessoa. Se o(a) entrevistado(a) souber apenas o ano, considere o mês como 6 e o dia como 15. Exemplo: 15/06/1967. → 37 anos. “Não realizar o cálculo da idade durante a entrevista, evite cometer erros.”

*Preenchimento da variável:* → IDADE: 0 3 7

### **3. Cor da pele:**

Apenas observe e anote.

### **4. Sexo:**

Apenas observe e anote.

### 5. Qual é o seu endereço?

Anotar o endereço completo da moradia, com o nome da rua e número da casa. Quando necessário utilizar “complemento”, onde será informado número ou letra do bloco, número do apartamento, casa dos fundos, etc.

### 6. O (A) Sr. (a) tem telefone? (Tem algum telefone para contato, de familiar, amigo ou trabalho?)

Sempre perguntar se o entrevistado tem telefone. Caso ele diga que **não tem telefone**, perguntar se tem algum telefone para contato, de familiar, amigo ou trabalho.

Marcar (0) não ou (1) sim. Se sim, faça a pergunta número 7.

Caso não tenha nenhum telefone para informar, marcar um X na opção (0) e pular para a pergunta 8.

### 7. Qual o número?

Anotar o número do telefone (se tiver mais de um número, anotá-lo também). Caso o telefone não seja do próprio entrevistado, colocar o nome do proprietário e o parentesco com o entrevistado.

Sempre que não souber o número, completar com (9999 99 99).

Sempre que não se aplicar (quando na questão 6 for (0) NÃO, completar com (8888 88 88).

Sempre preencher o número do telefone na coluna da direita preenchendo os espaços da direita para a esquerda, completando-os com zero à esquerda se necessário.

Exemplo: Nº do telefone: 222 22 01 → completar na coluna da direita com:  
NTELEF 0 2 2 2 2 2 0 1

## **Bloco B – CONSULTA ATUAL**

### 8) O que o Sr(a) está sentindo? (0) não Se sim: Quantos? \_\_ rádios

Escrever com as palavras do paciente os três principais sintomas, em ordem citada pelo paciente, com letra legível.

Esta questão **não** deve ser codificada.

### 9) Qual o principal motivo da consulta na emergência? (escrever com as palavras do paciente)

Escrever com as palavras do paciente a principal queixa (sintoma) para a consulta.

Esta questão **não** deve ser codificada.

### 10) Há quanto tempo o Sr.(a) está sentindo isso?

\_\_\_\_\_ dias e/ou \_\_\_\_\_ horas (9999) IGN

Anote o número de dias e/ou o número de horas que está apresentando estes sintomas.

Caso referir tais sintomas há vários dias, não faz sentido perguntar número de horas, neste caso completar o espaço de horas com 0 0.

Caso tenha ocorrido há algumas horas, não faz sentido perguntar número de dias, neste caso completar o espaço de dias com 0 0

Caso tenha ocorrido neste momento, completar o espaço dos dias com 0 0 e horas com 0 1.

Preenchimento das variáveis: Exemplo: sintomas há mais ou menos 3 horas → TDSINT: 0 0 e THSINT 0 3

Sempre que não souber, completar com (9 9 e 9 9) → TDSINT: 9 9 e THSINT 9 9

**11) O Sr(a) já consultou por estes sintomas desta vez que está com o problema ou nesta crise?**

(0) não → pule para a pergunta 14

(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente CSINT com zero e passe para a pergunta 14. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

**12) Onde o Sr(a) consultou por este motivo?**

(0) no posto de saúde

(1) em clínica de convênio

(2) no consultório médico

(3) no pronto socorro

(4) Outro: Onde? \_\_\_\_\_

(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso fique em dúvida, anote o local em <Outro> e codifique a variável LCONS: 4.

Quando a pergunta 11 for (0) não, codificar a variável LCONS com 8 (não se aplica)

Sempre que não souber, completar com (9) → LCONS: 9

**13) Porque o problema não foi resolvido nesse local onde o Sr(a) consultou?**

(0) não tinha remédio (1) precisava de exame de urgência (2) precisava internação

(3) só é dado medicamento para aliviar os sintomas

(4) Outro: Porque? \_\_\_\_\_

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso fique em dúvida, anote o porquê, com as palavras do paciente, em <Outro> e codifique a variável NRSINT: 4.

Após responder esta pergunta, pular para a questão 15.

Quando a resposta 11 for (0) não, codificar a variável NRSINT com 8 (não se aplica)

Sempre que não souber, completar com (9) → NRSINT: 9

**14) Porque o Sr(a) não consultou antes por este motivo?**

(0) porque os sintomas não estavam tão fortes

(1) porque não podia faltar ao trabalho ou escola

(2) porque não conseguiu ficha no posto

(3) porque aconteceu agora

(4) Outro: \_\_\_\_\_

(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso fique em dúvida, anote o porquê, com as palavras do paciente, em <Outro> e codifique a variável NCSINT: 4.

Quando a pergunta 13 for respondida, codificar a variável NCSINT com 8 (não se aplica)

Sempre que não souber, completar com (9) → NCSINT: 9

**15) O Sr(a) acha que o seu problema apresenta risco de morte ou necessidade de tratamento imediato?**

(0) não

(1) sim → pule para a pergunta 17

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (1) sim, codifique a variável correspondente *RSINT*: 1 e pule para a pergunta 17. Se a resposta for (0) não, passar para a próxima pergunta.

**16) Se o motivo não foi uma emergência, por que o Sr(a) veio no pronto socorro?**

(na dúvida, escrever com as palavras do paciente)

a) acredita que o PS tem mais condições para resolver o problema (0) não (1) sim

b) possibilidade de fazer exames no momento da consulta (0) não (1) sim

c) por não conseguir marcar consulta (0) não (1) sim

d) por receber a medicação de alívio do sintoma, no momento da consulta  
(0) não (1) sim

e) Outro motivo: (0) não (1)sim → Qual? \_\_\_\_\_

As variáveis correspondentes a cada opção de resposta devem ser preenchidas com (0)não ou (1)sim. Quando a resposta for diferente das opções existentes, escrever o motivo com as palavras do paciente e codificar a variável *OUSINT* com 1; e quando não tiver outro motivo, preencha a opção *OUSINT*: .

Sempre que não souber, completar com (9)

Sempre que a pergunta 15 for (1)sim, codificar todas as variáveis da questão 16 com 8.

**17) O Sr(a) acha que poderia ter esperado até amanhã para consultar?**

(0) não

(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente *ESINT*: 0 e se a resposta for (1) sim, codifique a variável correspondente *ESINT*: 1.

Sempre que não souber, completar com (9)

**18) Então, porque o Sr(a) veio a este serviço?** (na dúvida, escrever com as palavras do paciente).

a) acredita que o PS tem mais condições para resolver o problema (0) não (1) sim

b) possibilidade de fazer exames no momento da consulta (0) não (1) sim

c) por não conseguir marcar consulta (0) não (1) sim

d) por receber a medicação de alívio do sintoma, no momento da consulta  
(0) não (1) sim

e) Outro motivo: (0) não (1)sim → Qual? \_\_\_\_\_

As variáveis correspondentes a cada opção de resposta devem ser preenchidas com (0)não ou (1)sim. Quando a resposta for diferente das opções existentes, escrever o motivo com as palavras do paciente e codificar a variável *OUSIN* com 1, e quando não tiver outro motivo, preencha a opção *OUSIN*:

Sempre que não souber, completar com (9)

Sempre que a pergunta 17 for (0) não, codificar todas as variáveis da questão 18 com 8.

**19) O Sr(a) faltou ao trabalho ou escola por causa desses sintomas?**

(0) não → pule para a pergunta 21

(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente *TSINT*: 0 e pule para a pergunta 21. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9)

**20) Quantos dias de trabalho ou escola o Sr(a) perdeu por causa desse problema de saúde?**

\_\_ \_\_ dias (88) NSA

Completar com número de dia que faltou ao trabalho por estes sintomas. Quando responder que só não foi trabalhar (ou à escola) no momento da consulta, codificar a variável *DTSINT* como 0 1.

Sempre que não souber, completar com (99)

Sempre que a pergunta 19 for (0) não, codificar a variável *DTSINT* com 8 8.

**21) Quem sugeriu que o Sr(a) viesse ao Pronto Socorro?**

(0) veio por conta própria

(1) com encaminhamento do médico

(2) orientada por algum profissional de saúde

(3) por sugestão de algum familiar ou amigo

(4) outros → Quem? \_\_\_\_\_

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso fique em dúvida, anote quem sugeriu ir ao pronto socorro na opção de “outros” com as palavras do paciente e codifique a variável *SUSINT*:4.

Sempre que não souber, completar com (9) → *SUSINT*: 9

**22) Quantas vezes o Sr(a) consultou no Pronto Socorro no último ano? (não considerar consulta nas última 24 horas)**

\_\_ \_\_ vezes

(77) nunca consultou antes → pule para a pergunta 24

Anote o número de vezes que consultou no PSM no último ano.

Quando disser nenhuma vez, codificar a variável *ASINT* com 0 0

Quando referir que é a primeira vez que consulta no PSM, codificar a variável *ASINT* com 7 7 e pular para a pergunta 24

Sempre que não souber, completar com ( 9 9) → *ASINT*: 9 9

**23) Quantas vezes o Sr(a) consultou no Pronto Socorro nos últimos três meses? (não considerar consulta nas última 24 horas)**

\_\_ \_\_ vezes (88) NSA

Anote o número de vezes que consultou no PSM nos últimos três meses.

Quando na questão 22 responder “nenhuma vez”, marcar na questão 23 a opção (88) NSA e codificar a variável *MSINT* com 8 8

Sempre que não souber, completar com ( 9 9) → *MSINT*: 9 9

**24) Como o Sr(a) veio até o Pronto Socorro?**

(0) *caminhando* (1) *ônibus* (2) *taxi*

(3) *carro* (4) *ambulância*

(5) *Outro* → Como? \_\_\_\_\_

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, quando não for possível, anote na opção de “outros” com as palavras do paciente e neste caso codifique a variável MTSINT com 5.

Sempre que não souber, completar com (9) → MTSINT: 9

**25) Quanto tempo demorou na sala de espera do Pronto Socorro, desde sua chegada aqui, até ser atendido?**

\_\_ \_\_ *horas e/ou* \_\_ \_\_ *minutos*

**Esta pergunta só pode ser respondida após o entrevistado ter sido chamado.**

Anote o número de horas e/ou o minutos que aguardou para ser atendido.

Caso referir ter aguardado um número de horas inteiras, completar o espaço de minutos com 0 0. Exemplo: Demorou 3 horas para eu ser chamado. → completar os espaços com 03 horas / 00 minutos → codificar a variável DHSINT com 0 3 e DMSINT com 0 0

Caso tenha sido chamado imediatamente após sua chegada, completar os espaços das horas e minutos com 0 0 0 0.

Sempre que não souber, completar com (9 9 9 9) → DHSINT: 9 9 e DMSINT: 9 9

## **Bloco C – CONSULTA MÉDICA PRÉVIA**

### **AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS**

#### **SOBRE A SUA SAÚDE**

**26) Em geral, o Sr(a) considera a sua saúde:**

(0) *excelente* (1) *muito boa*

(2) *boa* (3) *regular* (4) *ruim*

Ler e colocar a resposta citada.

Sempre que não souber, completar com (9) → SAUDE: 9

**27) O Sr(a) tem algumas das doenças abaixo:**

Diabetes ou açúcar no sangue? (0) não (1) sim

Pressão alta? (0) não (1) sim

Bronquite, asma ou enfisema? (0) não (1) sim

Problema de coração? (0) não (1) sim

Reumatismo? (0) não (1) sim

Depressão? (0) não (1) sim

*Outro* (0) não (1) sim → O que? \_\_\_\_\_

Você deverá **ler a pergunta seguida dos itens** e anotar o dígito correspondente à resposta: (0) não ou (1) sim. Caso necessário repita a pergunta antes de cada item para garantir o entendimento.

Quando o entrevistado responder “não” para “Outro”, codifique a variável OUTD: 0 e passe para a próxima pergunta.

Quando o entrevistado responder “sim” para “Outro”, pergunte qual é o problema e anote, porém, codifique a variável OUTD com 1.

Sempre que não souber, completar com (9)

## AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE

### OS SERVIÇOS DE SAÚDE

#### 28) O Sr(a) tem algum convênio ou plano de saúde?

(0) não → pule para a pergunta 30

(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente CONVE: 0 e pule para a pergunta 30. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9)

#### 29) Qual o nome deste convênio?

(0) Unimed

(1) IPE

(2) Pias

(3) Sindicato

(4) Policlínica

(5) Outro → Qual? \_\_\_\_\_

(8) NSA

(9) IGN

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja outro convênio, anote qual e neste caso codifique a variável QCONVE com 5.

Quando a pergunta 28 for (0) não, codificar a variável QCONVE com 8 (não se aplica)

Sempre que não souber, completar com (9) → QCONVE: 9

#### 30) Quando o Sr(a) tem algum problema de saúde, onde normalmente costuma procurar atendimento médico?

(0) nunca consulta → pule para a pergunta 32

(1) Posto de saúde

(2) clínicas privadas

(3) ambulatórios do SUS

(4) consultório médico

(5) Pronto Socorro

(6) Outro → Qual? \_\_\_\_\_

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja outro local, anote qual e neste caso codifique a variável LOCAL: 6

Quando a resposta for (0) nunca consulta, pule para a pergunta 32

Sempre que não souber, completar com (9) → LOCAL: 9

#### 31) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou neste serviço?

(0) última semana

(1) último ano

(2) último mês

(3) mais de um ano



(8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a pergunta 30 for (0) Nunca consulta, codifique a variável QUATE: 8 (não se aplica).

Sempre que não souber, completar com (9) → QUATE: 9

**AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O POSTO DE SAÚDE ONDE O SR(A) VAI (OU IRIA) SE NECESSITASSE DE ATENDIMENTO**

**32) Qual o posto que o Sr(a) costuma consultar ou consultaria quando necessário?**

---

Colocar o nome do posto e/ou sua localização conforme palavras do paciente.

Codificar a variável POSTO de acordo com a tabela a seguir. No caso de dúvida, não codificar.

Sempre que não souber, completar com (99) → POSTO: 99

<b>POSTO</b>	<b>CÓDIGO</b>
Arco-Iris	1
Areal I	2
Areal Fundos	3
Balsa	4
Barro Duro	5
Bom Jesus	6
CAIC Pestano	7
Cascata	8
Cerrito Alegre	9
Cohab Fragata	10
Cohab Lindóia	11
Cohab Pestano	12
Colônia Maciel	13
Colônia Osório	14
Colônia Triunfo	15
Colônia Z3	16
Cordeiro de Farias	17
Corrientes	18
Cruzeiro	19
CSU do Areal	20
Dom Pedro	21
Dunas	22
Fátima	23
Fraget	24
Getúlio Vargas	25
Guabiroba	26
Grupelli	27
Jardim de Allah	28
Laranjal	29
Leocádia	30
Lindóia	31
Monte Bonito	32
Navegantes	33
Obelisco	34
PAM Fragata	35
Pedreiras	36
Puericultura	37
Py Crespo	38
Sanga Funda	39
Santa Silvana	40
SANSCA	41
Santa Silvana	42
Simões Lopes	43
Sítio Floresta	44
Tablada I	45
Tablada II	46
União de Bairros	47
Vila Municipal	48
Vila Nova	49
Vila Princesa	50
Virgílio Costa	51

**33) Neste posto, em que horário tem médico atendendo?**

- (0) turno da manhã, durante a semana  
(1) turno da tarde, durante a semana  
(2) turno da manhã e da tarde, durante a semana  
(3) turno da manhã, tarde e noite, durante a semana  
(4) outros → Qual? \_\_\_\_\_

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja outro horário, anote qual e neste caso codifique como (4) outros, especificando qual o horário.

Sempre que não souber, completar com (9) → HORAPO: 9

**34) O médico que atende neste serviço costuma se negar a atender?**

- (0) não → pule para a pergunta 36  
(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente NEGPO: 0 e pule para a pergunta 36. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9)

**35) Que tipo de consulta o médico se nega a atender?**

- (0) pediatria (1) ginecologia  
(2) pacientes com febre que não marcaram consulta antes  
(3) Outro → Qual? \_\_\_\_\_  
(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja outro tipo de consulta, anote qual e neste caso codifique a variável QNEPO com 3.

Quando a pergunta 34 for (0) não, codificar a variável QNEPO com 8 (não se aplica)

Sempre que não souber, completar com (9) → QNEPO: 9

**36) Neste posto, como é marcada a consulta?**

- (1) agendamento (1) fila no dia da consulta  
(2) Outro → Qual? \_\_\_\_\_

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja outra forma de marcação de consulta, anote qual é e neste caso codifique a variável MARPO com 2.

Sempre que não souber, completar com (9) → MARPO: 9

**37) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou no posto de saúde?**

- (0) última semana (1) último mês (2) último ano (3) mais de um ano  
PULE PARA PERGUNTA 39

- (4) nunca consultei lá → faça a próxima pergunta

Tente enquadrar a resposta nas alternativas de (0) a (3), pulando para a pergunta 39.

Caso a resposta seja (4) nunca consultei lá, faça a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → QUAPO: 9

**38) O Sr(a) levou ou acompanhou alguém para consultar no posto de saúde?**

- (1) não → pule para a pergunta 51  
(1) sim (8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente ALGUPO: 0 e pule para a pergunta 51. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

Quando a pergunta 37 for (4) nunca consultei lá, codificar a variável ALGUPO com 8(NSA)

Sempre que não souber, completar com (9) → ALGUPO: 9

**39) Na última vez que consultou (ou levou alguém para consultar) neste serviço, foram solicitados exames?**

(0) não → pule para a pergunta 42

(1) sim (8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente EXAPO: 0 e pule para a pergunta 42. Se a resposta for (1) sim, passe para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, complete com (9) → EXAPO: 9

Quando a pergunta 38 for (0) não, codifique a variável EXAPO com 8(NSA)

**40) O Sr(a) chegou a marcar esses exames solicitados nesta última consulta?**

(0) não → pule para a pergunta 42

(1) sim (8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente MEXPO: 0 e pule para a pergunta 42. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → MEXPO: 9

Quando a pergunta 38 ou 39 for (0) não, codificar a variável MEXPO com 8 (NSA)

**41) Quanto tempo demorou desde a solicitação do último exame até a sua realização?**

\_\_\_ \_\_ dias e/ou \_\_\_ \_\_ meses (7777) ainda está esperando a marcação (8888) NSA

Quando o paciente não souber dizer o tempo de demora com exatidão, tente ajudá-lo a determinar um tempo aproximado.

Completar com número de dia e/ou meses que demorou desde a solicitação até a realização dos exames.

Quando responder que ainda está esperando a marcação, codificar a variável TDEXPO: com 7 7 e TMEXPO com 7 7.

Quando a pergunta 38, 39 ou 40 for (0) não, codificar a variável TEXPO com 8 8 e TMEXPO com 8 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9999) → TEXPO: 9 9 e TMEXPO com 9 9

**42) Na última vez que consultou (ou levou alguém para consultar) neste serviço, foram receitados medicamentos?**

(0) não → pule para a pergunta 47

(1) sim (8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente MEDPO: 0 e pule para a pergunta 47. Se a resposta for (1) sim, passe para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, complete com (9) → MEDPO: 9

Quando a pergunta 38 for (0) não, codifique a variável MEDPO com 8 (NSA)

**43) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar), recebeu os medicamentos receitados no posto de saúde?**

(1) não (1) *recebi alguns medicamentos*

(2) *recebi todos* → pule para a pergunta 45

(8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (2) recebi todos, codifique a variável correspondente RMEDPO: 2 e pule para a pergunta 45. Se a resposta for (0) não ou (1) recebi alguns medicamentos, passe para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → RMEDPO: 9

Quando a pergunta 38 ou a pergunta 42 for (0) não, codificar a variável RMEDPO com 8 (NSA)

**44) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar), comprou algum medicamento receitado?**

(0) não (1) *sim* (8) NSA

Ler e colocar a resposta citada.

Sempre que não souber, completar com (9) → CMEDPO: 9

Quando a pergunta 38 ou pergunta 42 for (0) não, ou ainda a pergunta 43 for (2) recebi todos, codificar a variável CMEDPO com 8 (NSA)

**45) Na última vez que o Sr(a) consultou (ou levou alguém para consultar), fez o tratamento completo recomendado pelo médico?**

(0) não (1) *mais ou menos*

(2) *sim* → pule para a pergunta 47

(8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (2) sim, codifique a variável correspondente TMEDPO: 2 e pule para a pergunta 47. Se a resposta for (0) não ou (1) mais ou menos, passe para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → TMEDPO: 9

Quando a pergunta 38 ou 42 for (0) não, codificar a variável TMEDPO com 8 (NSA)

**46) Porque não foi feito o tratamento completo que o médico orientou, nesta última consulta?**

(0) *não tinha dinheiro para comprar o medicamento*

(1) *não confiou no diagnóstico do médico*

(2) *Outros* → Qual? \_\_\_\_\_

(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja outro motivo, anote qual e neste caso codifique a variável NMEDPO com 2.

Sempre que não souber, completar com (9) → NMEDPO: 9

Quando a pergunta 38 ou 42 for (0) não, ou ainda a pergunta 45 for (2) sim, codificar a variável NMEDPO com 8 (NSA)

**47) Na última vez que consultou (ou levou alguém para consultar) neste posto, foi encaminhado para outro serviço?**

(0) não → pule para a pergunta 51

(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente ENCPO: 0 e pule para a pergunta 51. Se a resposta for (1) sim, passe para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → ENCPO: 9

Quando a pergunta 38 for (0) não, codificar a variável ENCPO com 8 (NSA)

**48) Nesta última consulta, para onde o Sr(a) (ou quem consultou) foi encaminhado?**

(0) para o PSM (1) oftalmologista (2) cirurgia (3) cardiologista

(4) dermatologista (5) neurologista (5) traumatologista/ortopedista

(6) Outro: Qual? \_\_\_\_\_

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja encaminhado para outro local, anote qual e neste caso codifique a variável QENCPO com 6.

Sempre que não souber, completar com (9) → QENCPO: 9

Quando a pergunta 38 ou 47 for (0) não, codificar a variável QENCPO com 8 (NSA)

**49) Nesta última consulta, marcou este atendimento que o médico encaminhou?**

(0) não → pule para a pergunta 51

(1) sim (8) NSA

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente MENCPO: 0 e pule para a pergunta 51. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → MENCPO: 9

Quando a pergunta 38 ou 47 for (0) não, codificar a variável MENCPO com 8 (NSA)

**50) Quanto tempo demorou para conseguir a consulta?**

\_\_ \_\_ dias e /ou \_\_ \_\_ meses (7777) ainda está esperando a marcação  
(8888) NSA (9999) IGN

Quando o paciente não souber dizer o tempo de demora com exatidão, tente ajudá-lo a determinar um tempo aproximado.

Completar com número de dia e/ou meses que demorou para conseguir a consulta.

Quando responder que ainda está esperando a marcação, codificar a variável TDENCPO: com 7 7 e a variável TMENCPO com 7 7.

Quando a pergunta 38, 47 ou 49 for (0) não, codificar a variável TDENCPO com 8 8 e a variável TMENCPO com 8 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9999) → TDENCPO com 9 9 e a variável TMENCPO com 9 9

**51) Mostre-me o quanto o Sr(a) ficou satisfeito com essa última consulta:**

(mostrar cartela com as caras)

Grau: \_\_

Mostre a figura utilizada para avaliar satisfação pedindo para o entrevistado apontar a “carinha” que melhor expressa o que sentiu quando consultou pela última vez.

Sempre que não souber, completar com (9) → SATIPO: 9

**52) Quando o Sr(a) tem algum problema de saúde e decide consultar, tem um médico ao qual o Sr(a) costuma ir na maioria das vezes?**

(0) não → pule para a pergunta 59

(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente MDPO: 9 e pule para a pergunta 59. Se a resposta for (1) sim, passe para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → MDPO: 9

**53) O Sr(a) sabe o nome do seu médico?**

(0) não

(1) sim

(8) NSA

Ler e colocar a resposta citada.

Quando a pergunta 52 for (0) não, codificar a variável NMDPO com 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9) → NMDPO: 9

**54) Qual a especialidade deste médico?**

(0) clínico geral

(1) cardiologista

(2) endocrinologista

(3) neurologista

(4) Outro: Qual? \_\_\_\_\_

(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso não seja nenhuma das alternativas, anote qual e neste caso codifique a variável EMDPO com 4.

Quando a pergunta 52 for (0) não, codificar a variável EMDPO com 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9) → EMDPO: 9

**55) Onde este médico costuma lhe atender?**

(0) posto de saúde

(1) clínica privada (Policlínica, Sulclínica...)

(2) ambulatório do SUS

(3) consultório médico

(4) Pronto Socorro

(5) Outro → Qual? \_\_\_\_\_

(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso seja outro local, anote qual e neste caso codifique a variável LMDPO com 5.

Quando a pergunta 52 for (0) não, codificar a variável LMDPO com 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9) → LMDPO: 9

**56) Quanto tempo faz que o Sr(a) consulta com esse médico?**

(0) menos de um mês

(1) menos de um ano

(2) menos de um ano

(8) NSA

Ler e colocar a resposta citada.

Quando a pergunta 52 for (0) não, codificar a variável TMDPO com 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9) → TMDPO: 9

**57) Porque o Sr(a) não procurou este médico hoje?**

(0) ele é que me encaminhou para o PSM

(1) ele não podia atendê-lo

- (2) o local onde ele atende estava fechado (3) tinha que pagar a consulta  
(4) meu caso é para PSM  
(5) Outro: Qual? \_\_\_\_\_  
(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso não seja nenhuma das alternativas, anote qual e neste caso codifique a variável PMDPO com 5.

Quando a pergunta 52 for (0) não, codificar a variável PMDPO com 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9) → PMDPO: 9

**58) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou com o seu médico?**

\_\_\_ dias e/ou \_\_\_ meses e/ou \_\_\_ anos

(888888) NSA

Quando o paciente não souber dizer quando foi a última vez que consultou com exatidão, tente ajudá-lo a determinar um tempo aproximado.

Completar com número de dia (variável UDPO) e/ou meses (variável UMPO) e/ou anos (variável UAPO) desde a última vez que consultou com o seu médico e pular para a pergunta 60.

Quando a pergunta 52 for (0) não, codificar a variável UDPO: 8 8, a variável UMPO: 8 8 e a variável UAPO: 8 8.

Sempre que não souber, completar com 999999 → UDPO: 9 9, a variável UMPO: 9 9 e a variável UAPO: 9 9

**59) Porque o Sr(a) não consulta sempre com o mesmo médico?**

- (0) nunca é o mesmo médico (1) depende da hora que preciso de consulta  
(2) não costumo consultar (3) não acho importante  
(4) não tenho dinheiro para pagar consulta (ou, não tenho mais convênio)  
(5) Outro: Qual? \_\_\_\_\_  
(8) NSA

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso não seja nenhuma das alternativas, anote qual e neste caso codifique a variável SMDPO com 5.

Quando a pergunta 58 for respondida, codificar a variável SMDPO com 8(NSA).

Sempre que não souber, completar com (9) → SMDPO: 9

## **Bloco D – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E COMPORTAMENTAIS**

**60) Qual a sua situação conjugal atual?**

- (0) casado(a) ou com companheiro(a)  
(1) solteiro(a) ou sem companheiro(a)  
(2) separado(a)  
(3) viúvo(a)

Marque a resposta do entrevistado(a). Se o(a) entrevistado(a) não entender a expressão “situação conjugal”, pergunte sobre o estado civil atual.

**61) Quantas pessoas moram na sua casa ?**



Serão considerados moradores do domicílio todas as pessoas que nele vivem.  
**Lembre-se:** no caso de empregada doméstica que more no emprego, esta não é considerada como da família.

**62) O Sr.(a) sabe ler e escrever?**

(0) não → Pule para a pergunta 65

(1) sim

(2) só assina → Pule para a pergunta 65

Marque a alternativa correta. Caso a resposta seja “não” ou “só assina”, pule para a pergunta 65.

Sempre que não souber, completar com (9) → KLER: 9

**63) Até que série o(a) Sr.(a) estudou?**

Anos completos de estudo: \_\_\_ anos (88) NSA

Anotar o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça este dado de forma direta, anote ao lado a resposta por extenso até que série estudou, deixando para calcular e codificar depois.

Quando a pergunta 62 for (0) não ou (2) só assina, codificar a variável ESCOLA com 8 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (99) → ESCOLA: 9 9

**64) No momento atual, o senhor está freqüentando a escola?**

(0) não

(1) sim

Quando a pergunta 62 for (0) não ou (2) só assina, codificar a variável FREESC com 8 (NSA).

Sempre que não souber, completar com (9) → FREESC: 9

**65) O Sr(a) está trabalhando atualmente?**

(0) não → pule para a pergunta 67

(1) sim

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente TRABAT: 0 e passe para a pergunta 66. Se a resposta for (1) sim, passar para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → TRABAT: 9

**66) Quantas horas por semana o Sr(a) trabalha?**

Horas por semana: \_\_\_ horas → pule para a pergunta 69  
(88) NSA

Anotar o número de horas **por semana** de trabalho. Caso o entrevistado não saiba responder, anote quantas horas **por dia** ele trabalha e se trabalha no sábado e domingo. Deixe para calcular quantas horas por semana ele trabalha e codificar depois. Posteriormente, pule para a pergunta 69.

Quando a resposta da questão 65 for (0) não, a questão 66 deve ser codificada com TRABHS: 8 8.

Sempre que não souber, completar com (9) → TRABHS: 9 9

**67) O Sr(a) está desempregado?**

(0) não → pule para a pergunta 69

(1) *sim*

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente DESEMP: 0 e pule para a pergunta 68. Se a resposta for (1) sim, passe para a próxima pergunta.

Sempre que não souber, completar com (9) → DESEMP: 9

**68) Há quanto tempo o Sr(a) está desempregado?**

\_\_ \_\_ \_\_ *meses* (888) NSA

Anotar o número de meses de desemprego. Caso seja menos de 01 mês, codificar com a variável TDESEM com 0 0 0

Quando a questão 67 resposta for (0) não, a questão 68 deve ser codificada com TDESEM com 8 8 8.

Sempre que não souber, completar com (9) → TDESEM com 9 9 9.

**69) O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?**

(0) *não, nunca fumou* → Pule para a pergunta 72

(1) *sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)*

(2) *já fumou mas parou de fumar há \_\_ \_\_ anos e \_\_ \_\_ meses*

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês.

Caso a resposta seja <não, nunca fumou> ou <sim, fuma>, codifique a variável TPAFU: 8 8 e TPFMU: 8 8 e pule para a pergunta 72.

Caso o entrevistado responder que já fumou mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Se parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante (1). Se fuma menos de um cigarro por dia e / ou há menos de um mês, considere como não (0).

**70) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? Perguntar da forma mais adequada de acordo com a resposta anterior**

\_\_ \_\_ *anos* \_\_ \_\_ *meses*

Perguntar da forma mais adequada de acordo com a resposta anterior.

Preencher com o número de anos (variável TAFUMO) e/ou meses (variável TMFUMO) que fuma ou fumou.

Quando a resposta da questão 69 for (0) não, a questão 70 deve ser codificada com TAFUMO: 8 8 e a variável TMFUMO: 8 8.

Sempre que não souber, completar com (9999)→ TAFUMO: 9 9 e a variável TMFUMO: 9 9

**71) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia?**

\_\_ \_\_ *cigarros*

Perguntar da forma mais adequada de acordo com a resposta anterior.

Preencher com o número de cigarros fumados por dia.

Quando a resposta da questão 69 for (0) não, a questão 71 deve ser codificada com CIGDIA: 8 8.

Lembre-se que uma carteira (maço) contém 20 cigarros.

**72) Qual a bebida que o Sr(a) mais gosta de beber?**

(0) *não bebe* → pule para a questão 77

(1) *cerveja ou chopp*

(2) *vinho, licores*

(3) *bebidas destiladas: uísque, vodca, cachaça, conhaque*

Considerar como **bebida** apenas as bebidas alcoólicas. Quando o entrevistado referir mais de uma bebida, perguntar a sua bebida preferida.

Quando a resposta for (0) não bebe, pular para a questão 77.

**73) Alguma vez o Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?**

(0) *não*

(1) *sim*

(8) *NSA*

Ler e colocar a resposta citada. Caso a resposta da questão 72 for (0) não bebe, codifique a variável QCAGE: 8.

Sempre que não souber, completar com (9) → QCAGE: 9

**74) As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de beber?**

(0) *não*

(1) *sim*

(8) *NSA*

Ler e colocar a resposta citada. Caso a resposta da questão 72 for (0) não bebe, codifique a variável ACAGE: 8.

Sempre que não souber, completar com (9) → ACAGE: 9

**75) O Sr(a) se sente chateado contigo mesmo pela maneira como costumas beber?**

(0) *não*

(1) *sim*

(8) *NSA*

Ler e colocar a resposta citada. Caso a resposta da questão 72 for (0) não bebe, codifique a variável CCAGE: 8.

Sempre que não souber, completar com (9) → CCAGE: 9

**76) O Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?**

(0) *não*

(1) *sim*

(8) *NSA*

Ler e colocar a resposta citada. Caso a resposta da questão 72 for (0) não bebe, codifique a variável MCAGE: 8.

Sempre que não souber, completar com (9) → MCAGE: 9

**77) Quando o Sr(a) precisa consultar, tem alguém que lhe acompanha na consulta?**

(0) *não*

(1) *sim* → *Quem?* \_\_\_\_\_

Ler e colocar a resposta citada. Caso a resposta seja (0), codifique a variável ACOFIC: 0 e passe para a próxima pergunta.

Quando tem alguém que lhe acompanha na consulta, escreva o parentesco (Exemplo: mãe, tia, amiga...) e codifique a variável ACOFIC: 1.

Sempre que não souber, completar com (9) → ACOFIC: 9

**78) Quando o Sr(a) precisa consultar, tem alguém que vai tirar a ficha para o Sr(a)?**

(0) *não*

(1) *sim* → *Quem?* \_\_\_\_\_

Ler e colocar a resposta citada. Caso a resposta seja (0), codifique a variável TIRFIC: 0 e passe para a próxima pergunta.

Quando tem alguém que tira a ficha, escrever o parentesco (Exemplo: mãe, tia, amiga...) e codifique a variável TIRFIC: 1.

Sempre que não souber, completar com (9) → TIRFIC: 9

**79) Quando o Sr(a) precisa consultar, tem alguém que consegue a ficha para o Sr(a), sem precisar ir para a fila?**

(0) *não*

(1) *sim* → *Quem?* \_\_\_\_\_

Ler e colocar a resposta citada. Caso a resposta seja (0), codifique a variável CONFIC: 0 e passe para a próxima pergunta.

Quando tem alguém que consegue a ficha sem precisar ir para a fila, escrever o parentesco (Exemplo: mãe, tia, amiga...) e codifique a variável CONFIC: 1.

Sempre que não souber, completar com (9) → CONFIC: 9

## AVALIAÇÃO DO NÍVEL SOCIAL - ABIPEME

Da pergunta 80 até a pergunta 85, deve-se considerar os seguintes casos para os eletrodomésticos em geral: bem alugado em caráter permanente, bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses e bem quebrado há menos de 6 meses. Não considerar os seguintes casos: 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.

**FRASE INTRODUTÓRIA 1: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA, PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.** (*Leia com clareza.*)

**80) O(A) Sr.(a) tem rádio em casa?**

(0) *não*      Se *sim*: **Quantos?** \_\_ rádios

A pergunta deverá ser feita e em caso de resposta afirmativa, tentar quantificar o número de rádios. Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

**81) Tem televisão colorida em casa?**

(0) *não*      Se *sim*: **Quantas?** \_\_ *televisões*

Não considere televisão preto e branco, que conta como “0” (não), mesmo que mencionada. Se houver mais de uma TV, perguntar e descontar do total as que forem preto e branco. Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja

colorida. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

**82) O(A) Sr.(a) ou sua família tem carro?**

(0) não Se sim: **Quantos?** \_\_ carros.

Só contam veículos de passeio, não contam veículos como táxi, vans ou pick-ups usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

**83) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr.(a) tem em casa?**

<b>Aspirador de pó</b>	(0) não	(1) sim
<b>Máquina de lavar roupa</b>	(0) não	(1) sim
<b>Videocassete ou DVD</b>	(0) não	(1) sim
<b>Geladeira</b>	(0) não	(1) sim
<b>Freezer separado ou geladeira duplex</b>	(0) não	(1) sim

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Considerar aspirador de pó mesmo que seja portátil ou máquina de limpar a vapor - Vaporetto. Videocassete de qualquer tipo, mesmo conjunto com a televisão, deve ser considerado, ou DVD.

Para geladeira, não importa modelo, tamanho, etc. Também não importa número de portas (será comentado posteriormente). Para o freezer o que importa é a presença do utensílio. Valerá como resposta “sim” se for um eletrodoméstico separado, ou uma combinação com a geladeira (duplex, com freezer no lugar do congelador).

**84) Quantos banheiros tem em casa?**

(0) nenhum \_\_ banheiros.

Todos os banheiros (presença de vaso sanitário com encanamento) que estejam dentro da área domiciliar serão computados, mesmo os de empregada e lavabos.

**85) O Sr.(Sra.) tem empregada doméstica em casa?**

(0) nenhuma Se sim: **Quantas?** \_\_ empregadas.

Dependendo da “aparência do entrevistado”, fica melhor a pergunta “Quem faz o serviço doméstico em sua casa?”. Caso responda que não é feita pelos familiares (geralmente esposa e/ou filhas, noras), ou seja, existe uma pessoa paga para realizar tal tarefa, perguntar se funciona como mensalista ou não (pelo menos 5 dias por semana, dormindo ou não no emprego). Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

## **Bloco E – ATENDIMENTO NO PS**

**Este bloco deve ser preenchido com a ficha de atendimento do PS**

As próximas duas perguntas devem ser preenchidas conforme ficha de atendimento do PSM.

**86) Diagnóstico do boletim médico:**

Copiar o diagnóstico após atendimento da ficha de atendimento do entrevistado.

Sempre que não estiver preenchida, completar com (9999) → CID: 9 9 9 9

### 87) Conduta após consulta no PSM?

(0) encaminhado para a casa

(1) encaminhado para reavaliação ambulatorial

(2) encaminhamento para especialista

(3) Outro → Qual? \_\_\_\_\_

Copiar a conduta após atendimento, da ficha de atendimento do entrevistado.

Tente enquadrar a resposta nas alternativas, caso não seja nenhuma das alternativas, anote qual e neste caso codifique a variável POSPS com 3.

Sempre que não estiver preenchida, completar com (9) → POSPS: 9

## **Bloco F – CRITÉRIO DE URGÊNCIA**

**Este bloco deve ser preenchido com o auxílio do médico de plantão**

### **CRITÉRIOS DE GRAVIDADE**

88) Paciente apresentando as seguintes situações (aguda ou muito recente):

88.A) Perda de consciência (0) não (1) sim

88.B) Desorientação (0) não (1) sim

88.C) Coma (0) não (1) sim

88.D) Insensibilidade (0) não (1) sim

As perguntas 88.A até a 88.D **só devem** ser perguntadas ao médico plantonista quando o paciente não conseguir responder o questionário com clareza o questionário.

Quando o entrevistado não tiver dificuldade em responder o questionário marcar (0) *não* em todas as questões acima.

88.E) Perda brusca de visão ou audição (0) não (1) sim

Esta pergunta pode ser respondida pelo próprio entrevistado.

Caso a resposta seja (1) *sim*, confirme com o plantonista.

88.F) Alterações de pulso (<50 ou > 140 pulsações por minuto)

(0) não (1) sim (2) não mediu

Arritmias (0) não (1) sim (2) não mediu

Quando o paciente não tiver sido examinado, marcar a opção (2) não mediu e codificar a variável CGFC: 2 e a variável CGAR: 2.

Caso tenha sido examinado, perguntar ao plantonista se tinha alteração de pulso.

88.G) Alterações de pressão arterial (2) não mediu

(sistólica: <90 / >200mmHg) (0) não (1) sim

(diastólica: <60 / 120 mmHg) (0) não (1) sim

Quando não tiver sido medida a pressão arterial, marcar a opção (2) não mediu e codificar a variável CGTAS: 2 e a variável CGTAD: 2.

**Lembre-se:** Sistólica é a medida maior e diastólica é a medida menor.

88.H) Alterações de eletrólitos ou gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crônicas desses parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.) (0) não (1) sim (2) não mediu

Quando não tiver sido realizado exame de sangue no PSM, marcar a opção (2) não mediu e codificar a variável CGELET: 2.

88.I) Febre persistente (5 dias), não controlada com tratamento em atenção primária (0) não (1) sim

Perguntar para o paciente se ele está com febre à 5 dias ou mais. Caso o paciente responda que sim, **confirmar com o médico** depois do atendimento.

88.J) Hemorragia ativa: hematêmese, epistaxe, melena, etc. (0) não (1) sim  
Só deve ser perguntada para o médico caso o paciente tenha história atual de algum sangramento.

88.K) Perda brusca da capacidade funcional de qualquer parte do corpo (0) não (1) sim

Só deve ser perguntada para o médico caso o paciente tenha história atual de perda da capacidade de movimentar alguma parte do corpo.

### CRITÉRIOS DE TRATAMENTO

89.A) Administração de medicação ou fluído endovenoso (exceto para manter veia) (0) não (1) sim

89.B) Administração de oxigênio (0) não (1) sim

89.C) Colocação de gesso (exceto ataduras) (0) não (1) sim

89.D) Intervenção/ procedimento realizado em bloco cirúrgico (0) não (1) sim

As questões 89.A até 89.D só devem ser confirmadas com o médico quando tiver alguma dúvida quanto a ter ou não sido submetida à algum desses procedimentos.

### CRITÉRIOS DE INTENSIDADE DIAGNÓSTICA

90.A) Monitorização dos sinais vitais de forma constante a cada 2 horas (0) não (1) sim

Quando possível o próprio paciente pode responder se foi ou não examinado a cada 2 horas. Na dúvida, perguntar ao médico.

90.B) Radiografia de qualquer espécie (0) não (1) sim  
Quando não tiver sido realizado radiografia, marcar a opção (0) não.

90.C) Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que consultam por motivos não relacionados com a diabetes) (0) não (1) sim

Quando não tiver sido realizado exame de laboratório, marcar a opção (0) não. Na dúvida, fazer a pergunta ao médico.

90.D) Eletrocardiograma (exceto por cardiopatias conhecidas que consultam por motivos não relacionados com a cardiopatia) (0) não (1) sim

Quando não tiver sido realizado eletrocardiograma, marcar a opção (0) não. Na dúvida, fazer a pergunta ao médico.

### **OUTROS CRITÉRIOS**

91.A) Paciente a mais de 12 horas em observação no serviço de emergência

(0) não (1) sim

Quando o paciente for liberado em menos de 12 horas, marcar a opção (0) não. Na dúvida, fazer a pergunta ao médico.

91.B) Paciente hospitalizado ou transferido para outro hospital (0) não (1) sim

Quando o paciente for liberado após atendimento, marcar a opção (0) não. Na dúvida, fazer a pergunta ao médico.

91.C) Outras situações especiais (especificar): \_\_\_\_\_

Quando existir alguma situação especial, especificar o máximo possível e neste caso não codificar a variável.

Quando não houver situação especial, codificar a variável OCOUT com 8

### **CRITÉRIOS APLICADOS SOMENTE A PACIENTES QUE CONSULTARAM ESPONTANEAMENTE**

92.A) Proveniente de um acidente (tráfego, trabalho, em lugar público, etc) e que necessite avaliar o paciente (0) não (1) sim

Quando não a consulta no PSM não for consequência de algum acidente, marcar a opção (0) não.

92.B) Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, de instalação rápida, tiragem, dor abdominal aguda (0) não (1) sim

Na dúvida perguntar ao médico plantonista.

92.C) Quadro conhecido pelo paciente e que habitualmente requer internação.

(0) não (1) sim

Esta questão só deve ser perguntada ao entrevistado quando ele tem história de internações e a queixa atual. Caso contrário, marcar a opção (0) não.

92.D) O médico do paciente orientou que procurasse o serviço de urgência em caso de aparecimento do sintoma (0) não (1) sim



Esta questão só deve ser perguntada ao entrevistado quando ele tem a orientação médica de procurar o serviço de urgência em caso de aparecimento dos sintomas. Caso contrário, marcar a opção (0) não.

92.E) Requer atenção médica rápida e o hospital é o local mais certo

(0) não (1) sim

Esta questão só deve ser **perguntada ao médico** quando realmente o motivo da consulta ao PSM requer atenção médica rápida.

92.F) *Outras consultas espontâneas de urgência (especificar):*

Quando existir alguma situação especial para consulta espontânea, especificar o máximo possível e neste caso não codificar a variável.

Quando não houver situação especial, codificar a variável CEOUT com 8.

---

**Anexo 3**

**Folha de listagem**



## **Anexo 4**

# **Ficha de perdas, recusas e exclusões**

LISTA DE PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES

NQ \_\_\_\_\_

<p><b>Número do paciente:</b> _____</p> <p>Data da entrevista: ____ / ____ / ____</p> <p>Entrevistador: _____</p> <p>1) Nome: _____</p> <p>2) Data de nascimento: ____ / ____ / ____</p> <p>3) Idade: ____ anos</p> <p>4) Sexo:       (0) masculino       (1) feminino</p> <p>5) Endereço: _____</p> <p>Nº _____       Complemento: _____</p> <p>Bairro: _____</p> <p>Cidade: _____ Estado: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>6) Motivo de não responder o questionário:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>7) Diagnóstico do boletim médico:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>8) Conduta após consulta no PSM?</p> <p>(0) encaminhado para a casa</p> <p>(1) encaminhado para reavaliação ambulatorial</p> <p>(2) encaminhamento para especialista</p> <p>(3) Outro → Qual? _____</p>	<p>NP _____</p> <p>DT _____</p> <p>ENTREV _____</p> <p>DN: ____ / ____ / ____</p> <p>IDADE _____</p> <p>SEXO ____</p> <p>URG ____</p> <p>EXAME ____</p> <p>CLASSE ____</p> <p>CID _____</p> <p>POSPTS ____</p>
--	--

<p>BUCO ____</p> <p>CID2 _____</p>
------------------------------------

## **Anexo 5**

# **Carta de Apresentação**



**Universidade Federal de Pelotas**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**

## **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Pelotas, 15 de setembro de 2004

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população de Pelotas. O(a) Sr.(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa, respondendo um questionário. Sou entrevistador(a) treinado(a) e qualificado(a) para esta função. Irei conversar com o(a) Sr.(a) e lhe explicar os detalhes sobre a pesquisa, assim como responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração no sentido de responder a algumas perguntas, que são essenciais para nosso estudo. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr.(a). Portanto caso necessário, não possa responder às perguntas neste momento, aguardaremos o tempo necessário para fazer as perguntas.

É muito importante que o(a) Sr.(a) saiba que os dados colhidos nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores, sem que o seu nome ou o nome de qualquer pessoa entrevistada apareça. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com qualquer uma das perguntas ou com a entrevista, não é obrigado(a) a realizá-la.

Muito obrigada por sua atenção,

---

**Maria Laura Vidal Carret**

Coordenadora da Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Universidade Federal de Pelotas