Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora – FAME/JF

ANÁLISE DO USO INADEQUADO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA-MG

Estéfane Lorraine Martins Vasconcelos
Guilherme Brugiolo Muniz
Lívia Freitas Oliveira
Lysla Cardoso Sudário
Marcela Filipini Santos
Mariana Fagundes Viana
Mayara Maika Alves Lobato de Almeida
Nayara Cristina Bonoto
Odara Maria Soares Mollgaard
Raiane Rodrigues dos Santos

Juiz de Fora - MG
Julho de 2014

Universidade Presidente Antônio Carlos – UPA
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora – FA

ANÁLISE DO USO IMUNOGLOBULINA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA-MG

Adilson Lorraine Marine Vasconcelos
Alexandre Bergolo Muniz
Davi Felipe Oliveira
Lívia Cardoso Sudário
Marcela Filipini Santos
Mônica Hugo dos Santos
Mayara Maria Alves Cabral de Almeida
Renata Cristina Honorio
Carlos Alberto Pereira Junqueira
Helena Rodrigues de Castro

Juiz de Fora – MG
Julho de 2014

ANÁLISE DO USO INADEQUADO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA-MG

Estéfane Lorraine Martins Vasconcelos
Guilherme Brugiolo Muniz
Lívia Freitas Oliveira
Lysla Cardoso Sudário
Marcela Filipini Santos
Mariana Fagundes Viana
Mayara Maika Alves Lobato de Almeida
Nayara Cristina Bonoto
Odara Maria Soares Mollgaard
Raiane Rodrigues dos Santos

Orientador:
Prof. Dr. Guillermo Patrício Ortega

Co-orientador:
Profa. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo

" Trabalho apresentado à disciplina de Saúde Coletiva,
da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora,
da Universidade Presidente Antônio Carlos "

Juiz de Fora - MG
Julho de 2014

Dedicamos este trabalho às nossas famílias,

especialmente aos nossos pais, que sempre nos deram

força, coragem e constante apoio para seguirmos

em busca dos nossos sonhos e objetivos.

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos..."

(Fernando Pessoa).

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, principal responsável por tudo isso, sem Ele nada disso seria possível.

Às nossas famílias pelo incentivo e amor que sempre nos dedicaram, por um dia terem acreditado em nós e nos proporcionado a chance de realizar nossos sonhos, que compartilharam da nossa caminhada e que nunca deixaram de torcer por nós.

Aos nossos professores e orientadores Prof. Dr. Guillermo Patrício Ortega Jácome e Profa. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo, pela paciência, por suas orientações seguras e competentes, seus estímulos constantes e divisão de conhecimentos o que nos permitiu concretizar este trabalho.

Aos companheiros de trabalho, Estéfane, Guilherme, Lívia, Lysla, Marcela, Mariana, Mayara, Nayara, Odara e Raiane, por todo esforço e dedicação empregados, tornando possível a realização deste trabalho.

Aos pacientes entrevistados, sem os quais este trabalho não seria viável, pela paciência e compreensão.

À Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, pela confiança e espaço concedido e aos seus funcionários pelo acolhimento e apoio essenciais ao nosso trabalho.

A todos os nossos colegas da 17° turma do curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora que, durante a graduação, dividiram conosco as dificuldades e os prazeres da vida acadêmica.

À Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora, seu corpo docente, direção e a coordenação do curso de Medicina, por nos proporcionar as ferramentas necessárias para a realização do nosso sonho.

E por fim, agradecemos a todos que estiveram ao nosso lado nessa caminhada, mesmo que distantes fisicamente, e que direta ou indiretamente contribuíram para o nosso crescimento pessoal e acadêmico.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

RESUMO

Com o crescimento da população e aumento da violência e acidentes nos últimos anos, a demanda dos serviços de urgência e emergência e os custos governamentais com esses tratamentos têm aumentado. Assim, surge o dever de otimização dos atendimentos visando à agilidade de intervenção nos casos mais graves. Apesar dessa necessidade, a população, na tentativa de um atendimento imediato, busca o Pronto Socorro (PS) de forma inadequada superlotando esse serviço. O presente trabalho teve como objetivo avaliar o uso indevido do serviço de pronto atendimento, estratificando os atendimentos de emergência, urgência e não urgência, realizados na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCMJF), assim como analisar a frequência de atendimento segundo as especialidades médicas, verificar o grau de ansiedade dos doentes que estão a espera de atendimento, caracterizar seu grau de dor e avaliar o perfil socioeconômico da população que procura este serviço. Para essa análise foi realizado um estudo transversal na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, no período de janeiro a março de 2014, com aplicação de três instrumentos de avaliação: um questionário sociodemográfico associado aos dados do atendimento, o Inventário de Ansiedade de Beck, e a Escala de Faces de Wong-Baker para avaliação do nível de dor. Ao final da aplicação dos questionários foram examinados os prontuários eletrônicos destes pacientes, tendo como enfoque se realmente se tratava de um caso que necessitasse tratamento imediato, considerando-se como critério o tempo de permanência no hospital. A amostra estipulada foi de 345 pacientes e a coleta de dados final foi referente a 453 sujeitos, tendo em conta um nível de significância de 95%, tamanho da população de aproximadamente 1500 pacientes, uma frequência esperada do fator em estudo de 35,0% e um erro tolerável de 5,0%. A amostragem utilizada foi do tipo sistemática para a seleção dos participantes. Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft Corporation® USA. Para a análise estatística, utilizou-se o programa estatístico Epi Info 3.5.3, CDC® USA. Na comparação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste *t de student*, e no caso das variáveis categóricas o teste de *qui-quadrado*. Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Foi lido e assinado pelos participantes do estudo o TCLE. O projeto foi aprovado pelo CEP da UNIPAC, parecer nº 422.675 e também pela direção da SCMJF. Foram considerados na elaboração deste trabalho os critérios estabelecidos na Resolução

CNS 466/12, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde. No perfil de pacientes foi encontrada predominância de: sexo feminino, média de idade de 39,2 anos, brancos, empregados e possuindo entre primeiro e segundo graus completos. A maior parte da amostra vê o uso do PS como hábito, além da confiança no hospital. As queixas do sistema musculoesquelético foram maioria em ambos os sexos. 78,2% da amostra apresentaram dor moderada a grave, porém 55% não se automedicaram. Foi visto ansiedade em 29,4% dos pacientes. Relacionando ansiedade com a gravidade, encontrou-se que 45% dos pacientes ansiosos se consideraram em emergência. Esse estudo classificou 31,3% de sua amostra como urgência, totalizando-se uma discordância de 60% entre a autoclassificação de gravidade feita pelo paciente e a sua real urgência segundo a metodologia deste trabalho. Concluiu-se que houve uso inadequado do serviço de emergência, tendo como contribuintes do mau uso a rapidez do atendimento no Pronto Socorro e a incerteza de obtenção de vaga nas UAPS, além da sua falta de estrutura como um todo. Assim, pode-se propor uma reforma no atendimento primário e a partir daí a elaboração de políticas de conscientização sobre o uso correto de cada esfera do serviço de saúde.

Palavras chave: urgência. emergência. dor. ansiedade.

ANALYSIS OF IMPROPER USE OF URGENCY AND EMERGENCY SERVICES OF SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA.

ABSTRACT

With population growth and increased violence and accidents in recent years, the demand for urgency and emergency services and government costs of these treatments have increased. Thus, the duty of care aimed at the optimization of agility intervention in severe cases arises. Despite this need, the population in an attempt to obtain immediate care, seeks the Emergency Room (ER) improperly overloading this service. This study aimed to evaluate the misuse of the emergency service, stratifying emergency room, urgent and not urgent, performed at the Santa Casa de Misericordia of Juiz de Fora (SCMJF), as well as analyze the frequency of attendance according to medical specialties, check the degree of anxiety of patients who are waiting to be answered, to characterize the degree of

pain and assess the socioeconomic profile of the population seeking this service. For this analysis, a cross-sectional study was conducted at the SCMJF, in the period of January to March 2014, applying three assessment instruments: a sociodemographic questionnaire data associated with the service, the Beck Anxiety Inventory and the Faces Scale Wong-Baker to evaluate the level of pain. At the end of the questionnaires the electronic medical records of these patients were examined with the focus whether it really was a case that needed immediate treatment, considering as criteria the length of staying in hospital. The stipulated sample of 345 patients and final data collection was done in 453 subjects, considering a significance level of 95% population size of approximately 1,500 patients, an expected frequency of the studied factor of 35.0% and a tolerable error of 5.0%. The sample used was the systematic type for the selection of participants. Data were stored in Access 2007 program, Microsoft Corporation ® USA. For statistical analysis, we used the statistical program Epi Info 3.5.3, CDC ® USA. In comparing continuous variables Student's t test was used, and in the case of categorical variables, the chi-square test. In the analysis of the p-value and confidence interval critical value was set at 95%. The Statement of Informed Consent (SIC) was read and signed by the participants. The project was approved by the UNIPAC´s Ethics and Research Committee, opinion No. 422 675 and also by the direction of SCMJF. In the formulation of this paper the criteria in Resolution CNS 466/12 prepared by the National Board of Health were considered. In patients predominant profile was found: females, mean age 39.2 years, white, employees and having attended between first and second full degrees. The majority of the sample sees the use of ER as a habit, in addition to the confidence in the hospital. The complaints of the musculoskeletal system were the majority in both genders. 78.2% of the sample had mild to severe pain, but 55% did not self-medicate. Anxiety was seen in 29.4% of patients. Relating anxiety to gravity, it was found that 45% of anxious patients were considered in emergency. This study classified 31.3% of the sample as urgency, totalizing a variance of 60% between the self gravity taken by the patient and his real urgency according to the methodology of this study. It was concluded that there was inappropriate use of emergency services, having as contributors to the misuse the speed of service in the ER and the uncertainty of obtaining a place in the UAPS, besides its lack of structure as a whole. Thus, one can propose a reformulation in primary care and from there policymaking awareness on the proper use of each sphere of health service.

Key words: urgency. emergency. pain. anxiety.

1. INTRODUÇÃO

Embora o surgimento da medicina de urgência como ciência seja relativamente novo, por volta de 1940, a atenção voltada para esse tipo de assistência à saúde tem crescido amplamente em todo mundo (Souza *et al.*, 2009). Isso certamente deve-se ao crescimento da população e ao consequente aumento na procura pelos serviços de urgência e emergência, concomitante a elevação do número de acidentes e violência (Souza *et al.*, 2011).

Essas causas têm forte peso não só na mortalidade da população como também na incapacitação física desta, significando ao governo grande dispêndio econômico para custear os tratamentos, e intercorrências que muitas vezes surgem durante esse processo. Os custos com as complicações poderiam ser minimizados, uma vez que, grande parte é resultante de atendimentos imediatos inadequados (MS, 2001).

O aumento populacional ocorrido em escala mundial pode ser explicado por uma maior expectativa de vida, devido a avanços nos conhecimentos médicos e tecnológicos visando diagnósticos precoces de enfermidades e terapêuticas eficientes, contudo, ele veio acompanhado de um acréscimo no número de acidentes externos, levando a um aumento na demanda no atendimento de urgência e emergência.

Segundo dados epidemiológicos, no Brasil existem mais de 190 milhões de habitantes, sendo cerca de 84% residentes em localidades urbanas. Em Minas Gerais são aproximadamente 19,5 milhões de habitantes, número do qual 85% reside em área urbana e a maioria são mulheres. O estado conta com 12.460 Unidades de Saúde, sendo 7.222 públicas, dessas, 769 prestam serviço de urgência. Em Juiz de Fora são pouco mais de 500 mil habitantes e quase a totalidade reside em área urbana, sendo a proporção de mulheres para cada homem de 1:1,2. Na cidade existem 337 estabelecimentos de prestação de serviços em saúde. Conforme a Secretaria de Saúde do município existem dez hospitais, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e serviços móveis de atendimento, como o SAMU e o Corpo de Bombeiros. Do total de unidades de saúde, 14 prestam atendimentos de urgência e emergência (IBGE, 2013; PMJF, 2013).

A cidade de Juiz de Fora é um polo de saúde, atendendo não só a população local, mas também a população da microrregião que engloba cidades no entorno, inclusive algumas do estado do Rio de Janeiro. No período de janeiro a dezembro de 2012, foram

realizadas 9.416 internações pelo SUS em Juiz de Fora, envolvendo pacientes a partir de 15 anos de idade. Dessas internações, 1.707 foram por causas externas o que corresponde a 18,1% do total. No primeiro trimestre de 2013, foram 2.442 internações das quais 502 foram por causas externas representando 20,5%. Os dados mostram que há uma tendência a aumentar o número de casos de urgência na microrregião para o corrente ano (DATASUS, 2013).

Numa sociedade com esse perfil, é de extrema importância um sistema sólido e competente que assegure um atendimento rápido e eficiente com o objetivo primordial de livrar o indivíduo de um possível óbito. Apesar dos constantes investimentos tanto na capacitação de profissionais como na estrutura, os serviços de urgência e emergência brasileiros ainda deixam a desejar.

As unidades de emergência, superlotadas, sofrem com a desorganização na forma de atendimento, que na maioria das vezes priorizam a ordem de chegada e não o grau de urgência/emergência do paciente. Além disso, há uma grande dificuldade em definir de forma objetiva e clara um quadro de urgência e emergência médica, ocorrendo controvérsias quanto a isso entre os profissionais de saúde e a população (Souza *et al.*, 2011).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em sua Resolução 1451 de 10 de março de 1995 define:

> "Artigo 1° - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado."
>
> "Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."
>
> "Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."

Só o conhecimento e experiência na área da saúde permitem, seguindo esses conceitos, avaliar as condições e riscos de um paciente recém-chegado a um pronto atendimento e saber enquadrá-lo em uma urgência, emergência ou mesmo não urgência. Isso porque patologias comuns podem se apresentar em diferentes graus de risco.

Exemplo disto é a crise hipertensiva que é tida como urgência quando níveis altos de pressão arterial (PA) não oferecem risco imediato à vida ou lesão de órgãos-alvo e o tratamento consiste em reduzir os níveis pressóricos em 24 horas. A mesma enquadra-se como uma emergência se os níveis elevados da PA apontam lesão de órgãos-alvo e requer atendimento e tratamento imediatos em unidade intensiva (Furtado *et al.*, 2003).

Na tentativa de descentralizar o atendimento e evitar o uso inadequado dos serviços de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), durante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata no Cazaquistão, criou em 1978 o conceito de atenção primária à saúde. Os cuidados primários de saúde são aqueles essenciais, colocados ao alcance do indivíduo e comunidade, a um custo que ambos possam manter, em cada fase de seu desenvolvimento. Constitui o foco principal do sistema de saúde do país, sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos com este sistema (Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde, 1978).

Baseando-se neste conceito, o Governo Federal criou a proposta de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios, instituindo-a como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, como preconizado pela OMS (Lavinas, 2012). Nesse contexto, define-se Unidade de Saúde da Família como o local destinado à atenção básica e contínua, realizada por uma equipe multiprofissional que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse trabalho é realizado nas Unidades de Atendimento Primário à Saúde (UAPS), oferecendo atendimento próximo à residência (MS, 1997).

A partir das UAPSs, ocorre a distribuição dos usuários para serviços de atendimento mais complexos: o serviço de atendimento secundário, que engloba os ambulatórios de especialidades médicas, serviços de diagnóstico (imagem ou laboratorial) e alguns serviços de pronto atendimento; e o serviço de atendimento terciário, que contém alta tecnologia e alto custo, possibilitando o acesso a serviços mais especializados (MS, 2007).

No entanto, embora esse serviço de atenção primária seja o preconizado pelo Ministério da Saúde como forma de ingresso do paciente fora de risco de morte no sistema de saúde, muitos ainda procuram os serviços de atenção mais complexos, como as Unidades de Urgência/Emergência, para solução de problemas que requerem apenas atenção básica, chegando a representar mais de 80% dos atendimentos em alguns PS (Souza; Souza, 2009).

Entre os principais motivos descritos, pelos próprios pacientes, para a procura desses serviços, pode-se destacar a dificuldade de acesso às UAPSs, caracterizada por demora de atendimento, dificuldade de agendamento de consultas, não administração imediata de medicamentos, e horário das consultas coincidente com o turno de trabalho (Souza *et al.*, 2010).

Estudo similar realizado por Kovacs e colaboradores (2005), no estado de Pernambuco em Hospitais Pediátricos, demonstrou que cerca de 50% das crianças foram apresentadas ao serviço de saúde através do PS. Dentre as principais causas estão: a proximidade com a residência, qualidade do atendimento, experiência prévia, a capacidade resolutiva do serviço, acesso a medicação e a disponibilidade de pediatras. Além disso, aquelas com contato prévio com a unidade básica encontram dificuldades como ausência de médicos, grande demanda e indisponibilidade de fichas, problema que persiste até o momento atual.

Quando questionados sobre o conhecimento das UAPSs, muitos relatam estarem cientes, mas ainda assim insistem em procurar o PS. O perfil socioeconômico predominante nesses serviços de PS é de mulheres, vivendo maritalmente, com renda própria e rendimento familiar entre 1 e 2 salários mínimos, e escolaridade menor que 6 anos. No entanto, parece não haver relação desse perfil com a diferença entre urgência e não urgência (Souza *et al.*, 2009).

Outras explicações para a busca elevada pelos PS por pacientes que não se encontram em situação de urgência e emergência têm sido levantadas. Dentre elas, um grau elevado de ansiedade e dor tem sido implicado para tal fato.

Dor pode ser conceituada como experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (International Association for the Study of Pain). Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Ela passa a ser reconhecida como patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversa do que se observa como norma naquela faixa etária, o que interfere com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Castilho *et al.*, 2000).

A dor é uma das principais causas que levam o paciente a procurar a urgência e emergência de um hospital e está intimamente relacionada ao nível de ansiedade que pode ser associada, entre outros, a intensidade do sintoma e ao tempo de espera do atendimento

(Capela; Marques *et al.*, 2009). É de extrema importância a adequada avaliação e tratamento da dor do paciente que chega ao PS, pois é um sintoma que pode interferir na qualidade de vida e em alguns casos incapacitá-lo a longo prazo, assim como a ansiedade gerada pelo problema (Barreto; Cavellani *et al.*, 2012).

A avaliação da dor pode ser feita através de vários instrumentos, dentre eles as escalas que podem ser divididas em unidimensionais e multidimensionais. As unidimensionais fornecem apenas uma característica, geralmente, a intensidade do sintoma e têm como benefício a simplicidade para aplicação, com resultados ágeis e custo acessível, porém, na urgência e emergência apresenta como desvantagem a limitação de resultado. Já as multidimensionais demonstram maior capacidade de avaliação da dor em toda sua complexidade, pois abrangem um maior número de características além da intensidade (Martinez; Grassi *et al.*, 2011).

Existem também muitas formas de estimar a ansiedade, como escalas de avaliação clínica em que o entrevistador analisa o paciente e as de autoavaliação. Na urgência e emergência não existe uma instrumento para esse tipo de avaliação considerado ideal, portanto o avaliador deve escolher qual escala se adéqua melhor ao que pretende investigar (Andrade; Gorenstein, 1998).

2. JUSTIFICATIVA

Fornecer dados, não somente à instituição analisada, mas a todas envolvidas com serviços de saúde, sobre o perfil dos pacientes que tem buscado os serviços de urgência e emergência na cidade de Juiz de Fora e por meio disso, possibilitar medidas de melhoria na qualidade do atendimento com diminuição do tempo de espera e resolução das necessidades do paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral:

Avaliar o uso inadequado dos serviços de pronto socorro, quantificando os atendimentos de emergência, urgência e não urgência realizados na Santa Casa de Misericórdia em Juiz de Fora - MG.

3.2 Específicos:

3.2.1 Analisar a frequência de atendimentos segundo as especialidades médicas.

3.2.2 Verificar o grau de ansiedade dos pacientes que estão à espera de atendimento.

3.2.3 Caracterizar a dor de acordo com a intensidade.

3.2.4 Avaliar o perfil sociodemográfico da população que procura o serviço de emergência.

4. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora no período de Janeiro a Março de 2014 com a finalidade de verificar se os atendimentos ditos de urgência e emergência eram, de fato, próprios desse setor. Além disso, este trabalho avaliou a relação entre o grau de ansiedade no momento da abordagem e a queixa de dor e sua intensidade, se presente.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico pelo pesquisador responsável, respondido pelo paciente ou pelo acompanhante, quando aquele não pôde responder. As variáveis pesquisadas foram idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda familiar, situação funcional, queixa do paciente, local onde costuma procurar atendimento,

conhecimento de outros locais de assistência médica, busca de outro atendimento antes da ida à emergência, razão de preferência pelo Pronto Socorro (PS), meio de transporte utilizado e autoavaliação quanto à urgência da condição.

Para avaliação da ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), composto por 21 questões de múltipla escolha: perguntas sobre a percepção de ansiedade por parte do paciente avaliando diferentes sintomas tais como sudorese, taquicardia, nervosismo e falta de ar. Cada pergunta possui quatro alternativas de resposta que graduam a ansiedade de modo crescente. O paciente selecionou uma alternativa para cada pergunta, e foi aplicada, de acordo com essa, uma pontuação de 0 a 3. O escore total da escala ficou entre 0 e 63 , sendo que de 0 a 7 indica nível mínimo de ansiedade, de 8 a 15 ansiedade leve, de 16 a 25 ansiedade moderada e de 26-63 ansiedade severa (Andrade; Gorenstein,1998). Nos casos em que os pacientes eram incapazes ou não estavam dispostos a responder às questões por escrito, a escala foi administrada oralmente.

Na avaliação da dor foi utilizada a Escala de Faces de Wong-Baker que consiste em seis desenhos de faces ordenados de forma crescente de intensidade da dor. Solicitou-se que o paciente escolhesse a face que melhor representava a sua dor no momento (Barreto *et al.*, 2012).

A análise dos prontuários teve como enfoque o motivo do atendimento e se esse realmente se tratava de um caso de urgência. Em Emergência foram enquadrados os pacientes que precisaram ser encaminhados ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI) ou que vieram a óbito; Urgência Absoluta os que necessitaram de internação; Urgência Relativa todos os que foram medicados no local e Não Urgência os pacientes que não foram medicados no pronto-socorro e que apenas receberam orientações sobre sua queixa.

Para chegar a essa classificação foi considerado o tempo de atendimento (tempo entre o término da consulta médica e a alta hospitalar) observado no prontuário dos pacientes. Pacientes cujo tempo de atendimento durou até uma hora: não urgência. Pacientes que permaneceram no hospital por mais de uma hora até doze horas: urgência relativa. Pacientes que permaneceram por mais de doze horas: urgência absoluta. Pacientes que tiveram em seus prontuários relato de encaminhamento ao CTI ou óbito: emergência.

Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos e que não chegaram ao PS através de serviços de resgate, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU), ambulâncias particulares, Corpo de Bombeiros necessitando de atendimento imediato.

Foram considerados critérios de exclusão: pacientes que não concordaram em participar, indivíduos sem autonomia para assinar ou responder o questionário, os que estavam inconscientes e os que não possuíam condições para responder as perguntas.

Se tratando de um estudo observacional, para estimar uma prevalência com precisão relativa, tendo em conta um nível de significância de 95%, tamanho da população de aproximadamente 1500 pacientes, uma frequência esperada do fator em estudo de 35,0% e um erro tolerável de 5,0% o tamanho estimado da amostra foi de 345 pacientes.

Foi utilizada a amostragem de tipo sistemática para a seleção dos participantes. Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft Corporation® USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico Epi Info 3.5.3, CDC® USA. Métodos descritivos foram utilizados para as variáveis estudadas (proporções, médias, medianas), e verificada associação entre variáveis selecionadas com análises bivariadas. Para a comparação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste *t* de *student*, e para as variáveis categóricas o teste de *qui - quadrado*. Na análise do p-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Os dados foram agrupados e apresentados em tabelas.

Aqueles que participaram da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes foi fornecido. Neste foram informados de que seus dados são sigilosos e que apenas informações que não os identificam seriam publicadas, assim como uma explicação mais detalhada de como seria realizada a pesquisa. O risco foi considerado mínimo, ou seja, o mesmo a que os indivíduos estão expostos ao saírem de casa.

Os dados foram apresentados em conjunto, preservando o anonimato dos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNIPAC Barbacena, parecer nº 422.675 e também pela direção da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Os critérios considerados na elaboração deste trabalho estão de acordo com aqueles estabelecidos na Resolução CNS 466/12, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

Foram entrevistados 453 pacientes, dos quais a maior parte é do sexo feminino, representando 60% da amostra. A média de idade foi 39,2 anos, havendo predomínio da faixa etária de 18 a 35 anos (53,8%). Sendo que, 92,9% são moradores da cidade de Juiz de Fora, 62,5% são católicos, 59,4% são brancos, 42,8% são casados e 50,8% tinham de 1 a 3 filhos (Tabela 1).

Dos entrevistados, 20 (4,4%) não quiseram relatar a renda familiar. Dos que responderam, 52,1% tinham renda de até três salários mínimos, como representado na Tabela 1. Na avaliação de escolaridade, 51,7% apresentavam entre primeiro grau completo até segundo grau completo. Houve predomínio de empregados, em atividade regular com direitos trabalhistas (63,6%).

Tabela 1 - Características da amostra dos pacientes que frequentaram a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCMJF), no 1º trimestre de 2014

	n	%		n	%
Sexo			**Cidade**		
Masculino	181	40,0	Juiz de Fora	421	92,9
Feminino	272	60,0	Outros	32	7,1
Idade			**Estado civil**		
18-35	243	53,8	Solteiro	178	39,3
36-45	65	14,4	Casado	194	42,8
46-55	50	11,1	Separado	29	6,4
56-65	40	8,8	Viúvo	23	5,1
> 65	54	11,9	União estável	29	6,4
Raça			**Religião**		
Branco	269	59,4	Católico	283	62,5
Negro	91	20,1	Evangélico	89	19,6
Parda	83	18,3	Espírita	37	8,2
Indigena	2	0,4	Agnóstico	33	7,3
Amarela	8	1,8	Outras	11	2,4
Filhos			**Renda familiar (em salários)**		
Nenhum	196	43,3	Não responderam	20	4,4
1 a 3	230	50,8	Até 3	236	52,1
4 a 6	24	5,3	De 3,1 a 6	154	34,0
≥ 7	3	0,7	Maior que 6,1	43	9,5

Aproximadamente 47% dos entrevistados chegaram ao hospital de ônibus. A maior parte (62,9%) tem por hábito procurar atendimento no serviço de urgência e emergência, e a maioria (81,9%) não procurou atendimento em outro local desde o início dos sintomas.

Mais da metade (55%) já procurou atendimento prévio, no serviço de urgência, pelo mesmo motivo, assim como já frequentou a UAPS anteriormente (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil da população que procurou o serviço de urgência e emergência da SCMJF, no 1º trimestre de 2014

	n	%		n	%
Tipo de transporte utilizado			**Atendimento prévio à urgência**		
Carro Próprio	152	33,6	UBS/ UPA	22	4,9
Ônibus	212	46,8	Consultório particular	31	6,8
A pé	33	7,3	Nenhum	371	81,9
Taxi	34	7,5	Outro	29	6,4
Motocicleta	9	2,0			
Outros	13	2,9	**Emergência antes pelo mesmo motivo**		
			Sim	204	45,0
Local de procura por atendimento			Não	249	55,0
UBS/ UPA	61	13,5			
Clínica particular	102	22,5	**Já frequentou UBS antes**		
Emergência	285	62,9	Sim	247	54,5
Outro	5	1,1	Não	206	45,5

Avaliando-se as características clínicas dos pacientes, observou-se que a maior parte das queixas era relacionada ao sistema musculoesquelético (38,4%). A especialidade mais procurada foi clínica médica (43,3%). Mais da metade dos pacientes (78,2%) apresentava dor moderada a grave, entretanto 55% destes não fizeram uso de nenhuma medicação até o atendimento. Alguns pacientes (3,1% da amostra) não responderam o Inventario de Ansiedade de Beck (BAI), dos que responderam, 70,6% não apresentavam nenhum nível de ansiedade. Quando questionados sobre a percepção da gravidade de seu quadro, 49% consideraram seu estado uma urgência. Segundo os critérios adotados, não houve nenhum caso de emergência e 68,7% dos atendimentos foram considerados não-urgência (Tabela 3).

Tabela 3 - Características clínicas dos pacientes que frequentaram o serviço de urgencia da SCMJF, no 1º trimestre de 2014

	n	%		n	%
Queixa principal por sistemas			**Especialidade**		
Gastrointestinal	72	15,9	Cardiologia	23	5,1
Músculo-esqueletico	174	38,4	Clínica médica	196	43,3
Sistema urinario	17	3,8	Ginecologia	48	10,6
Respiratório/auditivo	48	10,6	Ortopedia	182	40,2
Reprodutor	33	7,3	Cirurgia	4	0,9
Cardiovascular	18	4,0			
Tegumentar	25	5,5	**Escala visual de dor (EVA)**		
Neurológico/psíquico	29	6,4	Sem dor	66	14,6
Outros	32	7,1	Leve	33	7,3
Infecciosas	5	1,1	Moderada	245	54,1
			Intensa	109	24,1
Classificação de urgência			**Ansiedade**		
Não urgência	311	68,7	Ausente	310	70,6
Urgência relativa	130	28,7	Leve	83	18,9
Urgência absoluta	12	2,6	Moderada	35	8,0
Emergência	-	-	Intensa	11	2,5
Automedicação			**Autopercepção de gravidade**		
Nenhum	249	55,0	Urgência	222	49,0
Prescrição	77	17,0	Emergência	45	9,9
Automedicação	127	28,0	Não urgência	186	41,1

Quando a queixa principal foi comparada ao sexo viu-se que, em ambos as relacionadas ao sistema musculoesquelético foram predominantes, representando 47% nos homens e 38,4% nas mulheres. No sexo masculino a especialidade com maior número de atendimentos realizados foi a ortopedia, no sexo feminino a clínica médica. Não houve diferença estatisticamente significativa na classificação de urgência quando comparada por sexo (Tabela 4).

Tabela 4 - Características da queixa principal, especialidade e classificação de urgência conforme o gênero

	Gênero				
	Masculino		Feminino		*p*-valor
	n	%	n	%	
Queixa principal por sistemas					
Gastrointestinal	29	16,0	43	15,9	
Musculo-esqueletico	85	47,0	89	38,4	
Urinário	2	1,1	15	3,8	
Respiratório/ auditivo	19	10,5	29	10,6	
Reprodutor	-	-	33	7,3	
Cardiovascular	11	6,1	7	4,0	
Tegumentar	15	8,3	10	5,5	
Neurológico/ psiquiátrico	3	1,7	26	6,4	
Outros	14	7,7	18	7,1	
Doenças Infecciosas	3	1,7	2	1,1	0,000
Especialidade					
Cardiologia	13	7,2	10	3,7	
Clínica médica	75	41,4	121	44,5	
Ginecologia	-	-	48	17,6	
Ortopedia	90	49,7	92	33,8	
Cirurgia	3	1,7	1	0,4	0,000
Classificação de urgência					
Não Urgência	132	72,9	179	65,8	
Urgencia relativa	44	24,3	86	31,6	
Urgência absoluta	5	2,8	7	2,6	
Emergencia	-	-	-	-	0,241

Dos pacientes que estavam sem dor ou com dor leve, apenas 13,7% apresentavam ansiedade moderada a severa, enquanto 24,7% daqueles com dor de maior intensidade apresentavam ansiedade moderada a severa. Quando avaliada a autopercepção do quadro, 95,1% dos pacientes que se consideraram não urgentes estavam com ansiedade ausente ou leve, já dos que consideram seu estado uma emergência, 25% tinham ansiedade moderada a grave. Entre os que não usaram nenhuma medicação apenas 24% apresentavam algum grau de ansiedade, enquanto 57,7% daqueles que usaram duas medicações estavam ansiosos (Tabela 5).

Tabela 5 - Características da EVA, percepção de gravidade e número de medicação, de acordo com o nível de ansiedade

	Ansiedade								
	Ausente		Leve		Moderada		Severa		*p*-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escala visual de dor (EVA)									
Ausente	50	75,8	9	13,6	5	7,6	2	3,0	
Leve	30	93,8	1	3,1	1	3,1	-	-	
Moderada	171	72,2	44	18,6	16	6,8	6	2,5	
Severa	59	56,7	29	27,9	13	12,5	3	2,9	0,016
Autoclassificacão de gravidade									
Urgência	134	62,0	55	25,5	20	9,3	7	3,2	
Emergência	22	55,0	8	20,0	8	20,0	2	5,0	
Não Urgência	154	84,2	20	10,9	7	3,8	2	1,1	0,000
Número de medicação									
0	196	76,0	44	17,1	14	5,4	4	1,6	
1	103	66,5	31	20,0	15	9,7	6	3,9	
2	11	42,3	8	30,8	6	23,1	1	3,8	0,003

Quando se relacionou a autoclassificação de gravidade ao nível de dor, observou-se que, dos pacientes que se classificaram como emergência, 11,1% estavam sem dor ou com dor leve, enquanto 33,9% dos que se nomearam como não urgência, estavam com dor mínima. Houve predomínio de indivíduos sem dor com queixas do sistema tegumentar (40%), com dor severa em alterações dos sistemas neurológico e psiquiátrico (44,8%). Nos demais sistemas, a maior parte se encontrava com dor moderada (Tabela 6).

Tabela 6 - Características da percepção de gravidade, uso de medicação e queixa principal, em relação com o nível de dor

	Dor								
	Sem		Leve		Moderada		Severa		*p*-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Automedicação									
Nenhum	40	16,1	20	8,0	141	19,3	48	56,6	
Com prescrição	18	23,4	5	6,5	31	40,3	23	29,0	
Automedicação	8	6,3	8	6,3	73	57,5	38	29,9	0,003
Gravidade									
Urgência	23	10,4	8	3,6	121	54,5	70	31,5	
Emergência	4	8,9	1	2,2	24	53,3	16	35.6	
Não-urgência	39	21,0	24	12,9	100	53,8	23	12,4	0,000
Queixa principal por sistemas									
Gastrointestinal	13	18,1	6	8,3	39	54,2	14	19,4	
Músculo-esquelético	9	5,2	12	6,9	104	59,8	49	28,2	
Urinário	1	5,9	-	-	12	70,6	4	23,5	
Respiratório/ auditivo	5	10,4	4	8,3	26	54,2	13	27,1	
Reprodutor	8	24,2	2	6,1	18	54,5	5	15,2	
Cardiovascular	6	33,3	-	-	9	50,0	3	16,7	
Tegumentar	10	40,0	4	16,0	9	36,0	2	8,0	
Neurológico/ psiquiátrico	3	10,3	1	3,4	12	41,4	13	44,8	
Outros	10	31,3	3	9,4	13	40,6	6	18,8	
Doenças Infecciosas	1	20,0	1	20,0	3	60,0	-	-	0,000

Entre os pacientes com idade inferior a 30 anos houve predomínio de atendimentos na clínica médica (54,7%) e, a maior parte desses, considerou seu quadro como urgente ou não urgente (46,8% em ambos). Já naqueles com idade superior a 30 anos, a especialidade mais procurada foi ortopedia, mais da metade dos indivíduos se considerou urgente. Em todas as idades houve maior número de queixas relacionadas ao sistema músculoesquelético. Em todas as faixas etárias a maior parte dos pacientes não estava ansiosa (Tabela 7).

Tabela 7 - Características de atendimento por especialidade, queixa principal e autopercepção de gravidade conforme a faixa etária

	Idade						
	Até 30 anos		31 a 60 anos		Acima de 60 anos		*p*-valor
	n	%	n	%	n	%	
Especialidade							
Cardiologia	2	1,0	9	5,0	12	16,9	
Clínica medica	111	54,7	66	36,9	19	26,8	
Ginecologia/ obstetrícia	33	16,3	14	7,8	1	1,4	
Ortopedia	57	28,1	87	48,6	38	53,5	
Cirurgia	-	-	3	1,7	1	1,4	0,000
Queixa principal por sistemas							
Gastrointestinal	39	19,2	25	14,0	8	11,3	
Musculo-esquelético	57	28,1	87	48,6	30	42,3	
Urinário	8	3,9	8	4,5	1	1,4	
Respiratório/auditivo	32	15,8	11	6,1	5	7,0	
Reprodutor	24	11,8	9	5,0	-	0,0	
Cardiovascular	4	2,0	4	2,2	10	14,1	
Tegumentar	7	3,4	10	5,6	8	11,3	
Neurológico/Psiquiatrico	20	9,9	8	4,5	1	1,4	
Outros	7	3,4	17	9,5	8	11,3	
Doenças infecciosas	5	2,5	-	-	-	-	0,000
Autopercepção de gravidade							
Urgência	95	46,8	89	49,7	38	53,5	
Emergência	13	6,4	22	12,3	10	14,1	
Não urgência	95	46,8	68	38,0	23	32,4	0,071
Ansiedade							
Nenhuma	135	68,5	119	69,2	56	80,0	
Leve	44	22,3	33	19,2	6	8,6	
Moderada	15	7,6	16	9,3	4	5,7	
Severa	3	1,5	4	2,3	4	5,7	0,096

Quando avaliadas as médias de idade e tempo de permanência no hospital, observou-se que essas foram maiores na especialidade de cirurgia 57,3 anos e 58,2 horas, respectivamente e nos pacientes classificados como emergência 43,5 anos e 46,3 horas (Tabela 8).

Tabela 8 - Médias de idade e tempo de permanêncina no hospital de acordo com a especialidade e classificação de urgência

	Idade				Tempo permanencia no hospital (horas)		
	n	Média	*DP*	*p*-valor	Média	*DP*	*p*-valor
Especialidade							
Cardiologia	23	55,8	19,0		17,4	43,0	
Clínica médica	196	35,2	17,1		1,4	1,8	
Ginecologia/ obstetrícia	48	29,0	11,0		5,8	18,4	
Ortopedia	182	43,8	18,8		2,2	2,7	
Cirurgia	4	57,3	19,5	0,000	52,8	48,0	0,000
Classificação de urgência							
Não urgência	310	38,4	18,3		1,5	2,1	
Urgência relativa	130	40,8	18,7		3,9	11,0	
Urgência absoluta	12	43,5	21,4		46,3	57,1	
Emergência	-	-	-	0,334	-	-	0,000

Com relação à classificação de urgência conforme sexo, observou-se que 72,9% dos homens e 65,8% das mulheres foram classificados como não urgentes. Com relação a ansiedade, verificou-se que em todos os níveis, a maior parte dos pacientes foi classificada como não urgente. O mesmo foi observado quando se avaliou a idade, como representado na Tabela 9.

Tabela 9 - Classificação de urgência conforme o gênero, ansiedade e faixa etária

	Não urgência		Urgência relativa		Urgência absoluta		Emergência		*p-valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gênero									
Masculino	132	72,9	44	24,3	5	2,8	-	-	
Feminino	179	65,8	86	31,6	7	2,6	-	-	0,170
Ansiedade									
Ansiedade mínima	212	68,4	88	28,4	10	3,2	-	-	
Ansiedade leve	59	71,1	23	27,7	1	1,2	-	-	
Ansiedade moderada	27	77,1	8	22,9	-	-	-	-	
Ansiedade severa	6	54,5	5	45,5	-	-	-	-	0,471
Idade									
Até 30 anos	144	70,9	55	27,1	4	2,0	-	-	
31 a 60 anos	123	68,7	51	28,5	5	2,8	-	-	
Acima de 60 anos	44	62,0	24	33,8	3	4,2	-	-	0,142

Quando avaliados os motivos de procura do serviço de emergência da SCMJF pelos pacientes, verificou-se que o principal motivo relatado foi a confiança no hospital (32,5%), seguido pela rapidez no atendimento (16,3%), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos (Tabela 10).

Tabela 10 - Motivo da procura pelo pronto-atendimento conforme o gênero

	Gênero						
	Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	n	%	*p*-valor
Motivo de procura pelo pronto-atendimento							
Confiança no hospital	58	32,0	89	32,7	147	32,5	
Rapidez no atendimento	34	18,8	40	14,7	74	16,3	
Horário de atendimento	5	2,8	10	3,7	15	3,3	
Preferência pelo pronto atendimento	17	9,4	25	9,2	42	9,3	
Médico ausente no posto	5	2,8	3	1,1	8	1,8	
Encaminhamento	11	6,1	13	4,8	24	5,3	
Facilidade para exames	-	-	10	3,7	10	2,2	
Hábito	18	9,9	30	11,0	29	6,4	
Proximidade com a residência	3	1,7	17	6,3	20	4,4	
Outro	30	16,6	35	12,9	65	14,4	0,606

Verificando-se a concordância entre a classificação da gravidade feita pelo próprio paciente e a realizada de acordo com a metodologia deste trabalho, percebeu-se que 60% dos casos a autopercepção não foi compatível com a real gravidade do quadro (Tabela 11).

Tabela 11 - Coincidência entre autopercepção de gravidade e a classificação de urgência

	n	%
Autopercepção de gravidade X Classificação de urgência		
Não-coincidente	272	60,0
Coincidente	181	40,0

6. DISCUSSÃO

A saúde é um tema que gera muita preocupação em todo o mundo, seja na população leiga, seja em âmbito acadêmico. Dessa forma foi observado um aumento do número de estudos referentes ao uso do serviço de pronto atendimento, visando avaliar e entender os principais motivos e condições que levam à sua procura.

Na caracterização do perfil dos pacientes, no presente estudo foi encontrada predominância de 60% de usuários do sexo feminino, em concordância com Matzer e cols., em 2012, que encontraram 54,5% de mulheres em sua amostra. Porém o resultado obtido

opôs-se aos estudos de Gentile e cols. (2010) que encontraram 58,8% de sexo masculino na sua amostra. Sendo assim, não se pode definir um padrão de prevalência quanto ao gênero.

Pressupõe-se que a maioria feminina na amostra desta pesquisa deve-se ao fato de mulheres, por apresentarem melhor percepção da gravidade de seus sintomas, procurarem atendimento médico em casos mais necessários e urgentes. Essa característica feminina é atribuída a fatores psicológicos, educacionais e culturais, que as levam a ter maior preocupação com a saúde. Corroborando a suposição, observa-se que apesar de ter comparecido em maior número ao Pronto Atendimento, o sexo feminino apresentou menor prevalência de casos não urgentes que o sexo masculino - 65,8% contra 72,9%.

A média de idade encontrada no presente estudo foi de 39,2 anos, semelhante ao trabalho de Gentile e colaboradores (2010) de 36,3 e discordante do trabalho de Barreto e cols. (2012) com 46,7. Ainda caracterizando o perfil, verificou-se que 59,4% dos pacientes eram brancos, 63,6% de empregados e 51,7% possuíam entre primeiro e segundo graus completos. Barreto e colaboradores (2012) também encontraram uma maioria de brancos, empregados, com o primeiro e segundo graus completos, com porcentagens de 56%, 55,7% e 85,2% respectivamente.

O hábito de procurar o atendimento no serviço de urgência foi visto em 62,9% da amostra deste trabalho, 81,9% não procuraram atendimento em outro local desde o início dos sintomas e 55% procuraram previamente o serviço de emergência pelo mesmo motivo. Os estudos de Baker e colaboradores (1995) se opuseram ao presente estudo mostrando que 50% de sua amostra procuraram atendimento na atenção primária antes de se encaminharem ao pronto socorro. Conjectura-se ser devido à maior facilidade em obter atendimento imediato e realizar exames no departamento de urgência, visto que a rapidez no atendimento foi um dos principais motivos (16,3%) que levaram os pacientes a procurar a emergência, frente às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que não funcionam todos os dias, durante 24 horas, como o pronto socorro. Outro motivo encontrado em 32,5% da amostra foi a confiança na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

Foi verificado que 38,4% das queixas foram relacionadas ao sistema musculoesquelético, sendo sua maior parte proveniente do sexo masculino. O trauma é um evento súbito, de alta prevalência e a principal causa das afecções musculoesqueléticas,

sendo justificável a predominância desse tipo de queixa no serviço de pronto atendimento. Além disso, os eventos traumáticos são comuns no sexo masculino, o que explica a maior prevalência desse gênero apresentando esse tipo de queixa. O sistema músculoesquelético está relacionado, ainda, a manifestações inespecíficas associadas a fatores psicogênicos, isso explica também a alta prevalência dessas queixas nas mulheres.

Neste trabalho revelou-se que 78,2% dos pacientes apresentavam dor moderada a grave, em concordância com o estudo de Platts-Mills e colaboradores, no ano de 2012, que mostraram que 80% dos pacientes pesquisados possuíam o mesmo grau de dor. Deve ser levado em consideração sempre o fato de a dor possuir caráter subjetivo e variar de intensidade e qualidade, além de ser afetada pelo estado emocional individual.

A dor afeta milhões de pessoas em todo o mundo, se mostra como o principal motivo de consultas médicas e seu alívio é um direito humano e deve envolver todos os profissionais de saúde, pois se não tratada pode interferir no estado geral do paciente e se tornar persistente, gerando mais custos ao sistema de saúde (Martinez *et al.,* 2011). No presente estudo, 85,4% dos sujeitos queixaram-se de algum grau de dor, em concordância com Visentin e cols. (2005) que encontram dor em 91,2% da amostra de seu estudo.

Foi verificado que 55% dos entrevistados não fizeram uso de medicamentos antes de serem atendidos. Segundo o Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ), em 2014 a automedicação foi praticada por 76,4% dos brasileiros. Considerando a maior prevalência da automedicação na população geral, do que a encontrada nos usuários do pronto socorro, supõe-se que os pacientes abordados neste estudo tenham receio de que a automedicação agrave sua situação clínica ou mesmo esperam receber o tratamento no pronto atendimento.

A avaliação do nível de ansiedade do presente estudo apurou que 29,4% dos pacientes apresentaram algum grau desse transtorno, em concordância com os estudos de Durand e colaboradores (2012) que encontraram grau de ansiedade em 29,9% de sua amostra. Além disso, Valença e cols. (2008) avaliando pacientes ambulatoriais verificaram que 30% desses estavam ansiosos. Isso sugere que a ansiedade não é o principal fator desencadeante da procura pelo serviço de emergência, e sim outros motivos anteriormente citados como confiabilidade no hospital e rapidez no atendimento. Puccini e cols., (2008), também enumeraram semelhantes fatores de procura ao pronto atendimento, em

detrimento às UAPSs, dentre eles: dificuldade e incerteza de obtenção de vaga, dificuldade para agendar consultas, falta ou férias de médicos, desconfiança em relação ao atendimento, uso de assistência particular e plano privado de saúde.

A relação do grau de ansiedade com a dor referida pelo paciente apurou que 43,3% dos ansiosos queixavam-se de dor severa. Concluindo-se então que a dor possui íntima relação com o transtorno de ansiedade. Fein e colaboradores (2012) relataram em seu estudo uma mesma relação, porém sem dados numéricos.

Na associação entre autopercepção de gravidade e estado de ansiedade, percebeu-se que 45% dos pacientes ansiosos se consideravam em estado de emergência e apenas 15,8% dos ansiosos se classificaram como não urgentes. Os sintomas de ansiedade mimetizam estados graves de saúde, sendo isso um fator de confusão para os pacientes. A presença de palpitação, dispneia, sensação de morte iminente, por exemplo, faz com que os pacientes acreditem apresentar-se em situação de urgência ou emergência.

De acordo com a metodologia desse trabalho, 31,3% dos pacientes da amostra se enquadraram na classificação de urgência (urgência relativa e absoluta) contra a autopercepção em 58,9% dos pacientes, que se definiram com algum grau de urgência.

Ao avaliar a concordância entre a classificação da gravidade feita pelo paciente e a adotada pela metodologia deste estudo, o resultado encontrado demonstrou 60% de discordância. Esse valor discordante inclui o erro na autopercepção dos pacientes ao se classificarem como em situação grave ou não, assim como em que nível de gravidade estavam inseridos. Por exemplo, pacientes que se autoclassificaram em estado de emergência encontravam-se, na realidade, apenas urgentes ou até mesmo não urgentes.

A partir desses dados observa-se que uma causa importante do mau uso do sistema de saúde é a falta de conhecimentos da população sobre os sinais e sintomas das patologias, bem como, seus indicativos de gravidade. Além disso, a maior disseminação e a facilidade de acesso a informações através de meios virtuais levam os pacientes a interpretarem seus sintomas erroneamente.

Outros fatores envolvidos são a falta de estrutura das UAPS, o mau funcionamento delas por diversos fatores, como má gerência, carência de profissionais, vagas diárias limitadas e excesso de burocracia para dar sequência ao tratamento, ou ainda a fatores

culturais da população que tende a confiar em serviços de maior complexidade. Esses itens contribuem para a má qualidade do serviço prestado no pronto atendimento, que perde sua característica essencial, isto é, a resolução rápida e eficiente de processos agudos, agravando a problemática do sistema como um todo.

Sugere-se que os governos proporcionem melhores condições de atendimento primário e a partir daí elaborem políticas de conscientização sobre o uso correto de cada esfera do serviço de saúde (primária, secundária e terciária). Cabe também aos profissionais de saúde e aos próprios hospitais contribuírem para a formação desse conhecimento e também à população em entender sua real condição de saúde, visando não superlotar as unidades.

7. CONCLUSÃO

Foi verificado o uso inadequado do serviço de Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, tendo em vista que não houveram atendimentos de emergência, as urgências somaram 31,3% dos casos e a maior parte dos pacientes foram classificados como não-urgentes (68,7%).

Os atendimentos mais frequentes são na área de clínica médica, com 43,3%, quando avaliada toda a amostra. Quando verificadas as queixas em relação ao sexo, o masculino apresentou a maioria dos atendimentos na especialidade Ortopedia com 49,7%, enquanto que o feminino foi predominante na Clinica Médica com 44,5%.

A ansiedade se mostrou presente em 29,4% dos pacientes, sugerindo não ser o principal motivo que justifique a procura pelo serviço de urgência. Em contrapartida, 85,4% da amostra apresentava algum grau de dor, sugerindo que esse seja um motivo importante para procura de atendimento. Em relação ao perfil socioeconomico, foi encontrada uma maioria de mulheres (60%), brancas (63,3%), com primeiro e segundo graus completos (51,6%), empregadas (63,3), com média de idade 39,2.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Rev. de psiq. 1998; 25(6):285-290.

2. Andrade T, Carvalho F, Fernandes AP, Casanova C. Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. Nascer e Crescer. 2008; 17(1):16-20.

3. Anziliero F. Emprego do sistema de triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura [tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

4. Assistência de Alta e Média Complexibilidade no SUS, livro 9 – Projeto gestores: para entender a gestão do SUS. Brasília; 2007 – 1ª Ed.

5. 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

6. Barbosa IPM. A dinâmica da demanda por serviços de saúde no município de Piraí, RJ, do ponto de vista da medicalização [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: UERJ; 2012.

7. Barreto FR, Gomes CZL, Silva RM, Signorelli AAF, Oliveira LF, Cavellani CL, et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital universitário. Rev. dor São Paulo Jul/Set 2012; 13(3): 213-219.

8. Buccelletti F, Ojetti V, Merra G, Carroccia A, Marsiliani D, MangiolaF. Recurrent use of the Emergency Department in patients with anxiety disorder. European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 2013; 17(Suppl1): 100-106.

9. Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo 2009 Jul/Set; 16(3):263-8.

10. Carter Eileen J, Pouch Stephanie M, Larson Elaine L. The Relationship Between Emergency Department Crowdingand Patient Outcomes: A Systematic Review. J Nurs Scholarsh. 2014/March; 46(2): 106–115.

11. Castilho ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. RevBrasPsiquiatr 2000; 22(Supl II):20-3.

12. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Declaração de Alma- Ata 1978.

13. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n°1451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial da União, 17 de março de 1995; Seção I - Página 3666.

14. DATASUS. Ministério da Saúde: Informações de Saúde. http://www.datasus.org.br (acessado em 23/Maio/2013).

15. Dulin Michael F, Tapp Hazel, Smith Heather A, Hernandez Brisa de Urquieta, Coffman Maren J, Ludden Tom, et al. A Trans-disciplinary approach to the evaluation of social determinants of health in a Hispanic population. BMC Public Health 2012, 12:769

16. Durand Anne-Claire, Palazzol Sylvie, Tanti-Hardouin Nicolas, Gerbeaux Patrick, Roland Sambuc, Gentile Stéphanie. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professional and patients. BMC Research Notes 2012, 5:525

17. Fein Joel A, Zempsky William T, Cravero Joseph P. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. Pediatrics Volume 130, Number 5/November 2012,1391-1405.

18. Furtado RG, Coelho EB, Nobre F. Urgências e emergências hipertensivas. Medicina, Ribeirão Preto. 2003 Abr/Dez; 36:338-44.

19. Friedman Steven Marc, Dios Jennifer de Vergel, Hanneman Kate. Noncompletion of referrals to outpatient specialty clinics among patients discharged from the emergency department: a prospective cohort study. *CJEM* 2010; 12(4): 325-30

20. Gentile Stéphanie, Vignally Pascal, Durand Anne-Claire, Gainotti Sabina, Sambuc Roland, Gerbeaux Patrick. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research 2010, 10:66

21. Grosgurin Olivier, Cramer Bérénice, Schaller Mathilde, Sarasin François P, Rutschmann Olivier T. Patients leaving the emergency department without being seen by a physician: a retrospective database analysis. SwissMedWkly2013; 143:w13889.

22. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. http://www.ibge.gov.br (acessado em 05/Maio/2013).

23. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. Jornal Pediatria 2005; 81(3): 251-58.

24. Lähdet EF, Suserud BO, Jonsson A, Lundberg L. Analysis of triage worldwide. Emerg Nurse. 2009 Jul; 17(4):16-9.

25. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. RevBrasReumatol 2011; 51(4):299-308.

26. MatzerFranziska, Wisiak Ursula V, Graninger Monika, Sollner Wolfgang, Stilling Hans Peter, Goschnik Monika Glawischnig,et al. Biopsychosocial Health Care

Needs at the Emergency Room: Challenge of Complexity. Biopsychosocial Complexity at the Emergency Room. August 2012 | Volume 7 | Issue 8 | e41775.

27. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília, 2009.

28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1997. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. (acesso em 18/Mar/2013).

29. Ministério da Saúde. Urgência e Emergência, Brasília 2011 Jan; 28. ISBN 85-334-0279-1

30. Mills Timothy F, Hunold Katie M, Bortsov Andrey V, Soward April C, Peak David A, Jones Jeffrey S. More Educated Emergency Department Patients are Less Likely to Receive Opioids for Acute Pain. Pain2012 may; 153(5): 967–973.

31. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet] 2012 Nov/Dez.

32. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora: Secretaria e Órgãos da Administração Municipal – Secretaria da Saúde. http://www.pjf.mg.gov.br (acessado em 15/Mar/2013).

33. Rund D.A, Nemer J. A, Moeschberger M, Robertson C, Garraway M. Characteristics of emergency department utilization in the U.S.A. and the U.K.: a comparison of two teaching hospitals. Archives of Emergency Medicine, 1992, 10, 48-54.

34. Secretaria de Estado de Saúde (Brasil). Resolução n. 2.838, de 14 de Julho de 2011. Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais. Diário Oficial da União 2011; 14 jul.

35. Soleimani Maryam, Grewal Simran, Rosychuk Rhonda, Newton Amanda. Are wait times and length of stay in Alberta emergency departments for children's mental health meeting national benchmarks? Trends from 2002 to 2008. Paediatr Child Health 2013;18(6):e26-31.

36. Souza BC, Felippe EBA, da Silva RM. Perfil da demanda do departamento de emergência do hospital nossa senhora da conceição. Tubarão – SC. Arquivos Catarinenses de Medicina 2009; 38(2):73-9.

37. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e

Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 Jan/Fev; 19(1):[08 telas].

38. Souza MF, de Figueiredo LA; Pinto IC. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. CiencCuid Saúde 2010; 9(1):13-20.

39. Souza MS de, Spinelli AS, Souza PC de. Análise dos atendimentos realizados pelo pronto-socorro de um hospital à luz do modelo vigente no sistema local de saúde. Rev. Adm. Saúde 2009 Out/Dez; 11(45):173-8.

40. Valença AM, Freire R, Santos LM, Sena IM, Campinho JL, Martuscello Neto C, et al. Transtornos de ansiedade e depressão em pacientes de Ambulatório de Clínica Médica. RBM 2008; 65(2):12-17.

41. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, et al. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. Eur J Pain 2005; 9 (1):61-7.

9. ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Informações ao(a) participante:

A atenção voltada para a urgência e emergência tem crescido amplamente em todo mundo. Isso certamente deve-se ao aumento na procura por seus serviços, em consequência ao aumento da violência, do numero de acidentes, entre outros motivos.

Essas causas têm forte peso não só na mortalidade da população como também na incapacitação física desta, significando ao governo grande dispêndio econômico para custear os tratamentos, e muitas vezes complicações. Os custos com complicações e o numero de óbitos, poderiam ser minimizados, uma vez que, grande parte destes é resultante de atendimentos imediatos inadequados.

A dor é uma das principais causas que levam o paciente a procurar a urgência e emergência de um hospital e está intimamente relacionada ao nível de ansiedade que pode estar associada a intensidade do sintoma e ao tempo de espera para atendimento.

É de extrema importância a adequada avaliação e tratamento da dor e ansiedade do paciente que chega ao pronto socorro, pois são sintomas que podem interferir na qualidade de vida e em alguns casos incapacitá-lo a longo prazo.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a triagem na urgência e emergência em dois hospitais referencia de Juiz de Fora (MG), o Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira (HPS) e a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora e também a intensidade da dor e ansiedade em pacientes atendidos por esse serviço. Serão aplicados um questionário sócio-demográfico (avaliação do perfil do paciente), uma escala de faces (avaliação da intensidade da dor) e a inventário de ansiedade de Beck (avaliação do grau de ansiedade).

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam o que será realizado:

1. Os profissionais envolvidos estão capacitados e instruídos para a aplicação dos questionários e escalas, sendo capazes de esclarecer qualquer dúvida antes, durante ou após a entrevista.

2. Você pode se recusar a participar do estudo e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem que haja penalização ou prejuízo. Durante o preenchimento dos questionários e escalas, você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

3. A participação como voluntário(a) não dará, ao(à) participante, nenhum privilégio nem prejuízo, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento.

4. Devido a utilização de escalas que abordam temas de ansiedade e dor e relatam dados e/ou experiências pessoais, havendo assim um risco caracterizado como acima do mínimo, será oferecido apoio psicológico para os participantes que julgarem necessário.

5. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo reservado ao(a) participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo(a), de acordo com o preconizado na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

6. As pessoas que irão analisar os dados dos questionários não terão acesso aos nomes, e sim a um número de identificação. Na apresentação dos resultados os nomes dos participantes serão preservados. Estes só serão apresentados em conjunto, portanto o sigilo quanto aos dados do(a) Sr(a). está garantido.

7. Os questionários e escalas serão aplicados no horário mais conveniente ao participante. Aproximadamente gastaremos cerca de 10 a 20 minutos com a entrevista.

8. O Termo de Consentimento será assinado pelo participante e por um dos pesquisadores coordenadores do projeto.

9. Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou desejar ter outras informações ou esclarecimentos a respeito da mesma, por gentileza, entre em contato com um dos pesquisadores envolvidos através do telefone (32) 8811-1490.

10. A sua participação será bastante valiosa já que os resultados do estudo são importantes para avaliação e criação de programas que melhorem a qualidade de atendimento na urgência e emergência dos hospitais. A pesquisa é de intuito investigativo-acadêmico sem quaisquer efeitos avaliativos individuais e/ou institucionais.

11. Os resultados estarão disponíveis para acesso de todos os participantes no final da pesquisa. Caso esteja interessado entrar em contato com os pesquisadores no telefone acima especificado.

Responda as perguntas a seguir, circulando a resposta SIM ou NÃO:

1.	Você leu o termo de consentimento?	SIM	NÃO
2.	Você se sente completamente esclarecido (a) sobre o estudo?	SIM	NÃO
3.	Foram respondidas todas as suas perguntas sobre o estudo?	SIM	NÃO
4.	Você concorda em fazer parte do estudo?	SIM	NÃO

A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou o meu consentimento.

Juiz de Fora, ___de _____de 2013

_____ _____

Nome (Participante) Assinatura (Participante)

_____ _____

Nome (Pesquisador) Assinatura (Pesquisador)

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

IDENTIFICAÇÃO: **DATA DA ENTREVISTA:** ___/___/___

NOME:_____

DATA DE NASCIMENTO:_____ IDADE:_____ SEXO: ( ) M ( ) F

NATURALIDADE:_____ RELIGIÃO:_____ FILHOS(nº):_____

CONTATO:_____

QUESTIONÁRIO

1. MOTIVO DA CONSULTA (QP)

_____

_____

_____

2. FAZ USO DE MEDICAÇÃO DESDE O INÍCIO DOS SINTOMAS?

( ) SIM, COM RECEITA MEDICA QUAL_____

( ) SIM, POR AUTO MEDICAÇÃO QUAL_____

( ) NÃO

3. RAÇA

( ) BRANCA ( ) NEGRA ( ) PARDA

( ) INDÍGENA ( ) AMARELA

4. ESTADO CIVIL

( ) SOLTEIRO(A) ( ) CASADO(A) ( ) VIÚVO(A)

( ) SEPARADO(A), DESQUITADO(A), DIVORCIADO(A) ( ) UNIÃO ESTÁVEL, AMASIADO(A), AMIGADO(A)

5. NÍVEL DE ESCOLARIDADE

( ) ANALFABETO(A)
( ) PRIMEIRO GRAU COMPLETO
( ) SEGUNDO GRAU COMPLETO
( ) SUPERIOR INCOMPLETO
( ) PÓS-GRADUAÇÃO
( ) PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
( ) SEGUNDO GRAU INCOMPLETO
( ) CURSO TÉCNICO
( ) SUPERIOR COMPLETO

6. QUAL SUA SITUAÇÃO FUNCIONAL?

( ) DONA DE CASA COM ATIVIDADE REGULAR
( ) EMPREGADO, EM ATIVIDADE REGULAR, COM DIREITOS TRABALHISTAS
( ) EM ATIVIDADE SEM DIREITOS TRABALHISTAS
( ) INATIVO TEMPORÁRIO COM DIREITOS TRABALHISTAS (benefício/ auxílio doença)
( ) APOSENTADO POR TEMPO DE SERVIÇO
( ) APOSENTADO POR INVALIDEZ
( ) DESEMPREGADO COM DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS
( ) DESEMPREGADO SEM DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS

7. QUAL SUA RENDA FAMILIAR?

( ) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO
( ) 1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS
( ) 2,1 A 3 SALARIOS MÍNIMOS
( ) 3,1 A 4 SALARIOS MÍNIMOS
( ) 4,1 A 5 SALARIOS MÍNIMOS
( ) 5,1 A 6 SALARIOS MÍNIMOS
( ) MAIOR QUE 6,1 SALARIOS MÍNIMOS

8. POSSUI PLANO DE SAÚDE?

( ) NÃO
( ) SIM QUAL:_____

9. QUAL TIPO DE TRANSPORTE VOCÊ UTILIZOU PARA CHEGAR AO PRONTO-ATENDIMENTO?

( ) CARRO PRÓPRIO
( ) ÔNIBUS
( ) NENHUM. VEIO A PÉ
( ) TAXI
( ) MOTOCICLETA
( ) OUTRO QUAL:_____

10. VOCÊ FREQUENTA OU JÁ FREQUENTOU A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?

( ) SIM ( ) NÃO

11. ONDE COSTUMA IR PARA ATENDIMENTO MÉDICO?

( ) UBS/ UPA ( ) EMERGÊNCIA

( ) CLÍNICA PARTICULAR ( ) OUTRO QUAL_____

12. COMO VOCÊ CLASSIFICARIA A GRAVIDADE DO SEU ESTADO?

( ) URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA

13. VOCÊ JÁ PROCUROU O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ANTES PELO MESMO MOTIVO?

( ) SIM ( ) NÃO

14. VOCÊ PROCUROU ATENDIMENTO EM OUTRO LOCAL ANTES DE VIR AO PRONTO-ATENDIMENTO?

( ) UBS/ UPA ( ) CONSULTÓRIO PARTICULAR

( ) NENHUM ( ) OUTRO QUAL_____

15. DENTRE OS CRITÉRIOS ABAIXO, ESCOLHA UM (1) QUE MAIS TE MOTIVOU A PROCURAR O SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO

( ) CONFIANÇA NO HOSPITAL ( ) ENCAMINHAMENTO

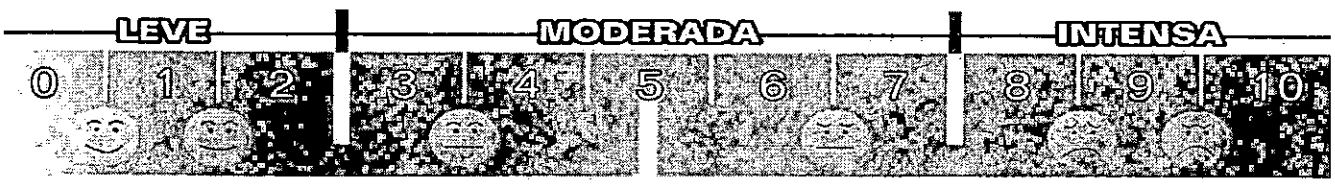
( ) RAPIDEZ NO ATENDIMENTO ( ) FACILIDADE PARA EXAMES

( ) HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO ( ) HÁBITO

( ) PREFERÊNCIA PELO PRONTO-ATENDIMENTO ( ) PROXIMIDADE COM A RESIDÊNCIA/ MORADIA

( ) MÉDICO DO POSTO AUSENTE ( ) OUTROS

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR (EVA)



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

	Absolutamente não	**Levemente** Não me incomodou muito	**Moderadamente** Foi muito desagradável mas pude suportar	**Gravemente** Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento	☐	☐	☐	☐
2. Sensação de calor	☐	☐	☐	☐
3. Tremores nas pernas	☐	☐	☐	☐
4. Incapaz de relaxar	☐	☐	☐	☐
5. Medo que aconteça o pior	☐	☐	☐	☐
6. Atordoado ou tonto	☐	☐	☐	☐
7. Palpitação ou aceleração do coração	☐	☐	☐	☐
8. Sem equilíbrio	☐	☐	☐	☐
9. Aterrorizado	☐	☐	☐	☐
10. Nervoso	☐	☐	☐	☐
11. Sensação de sufocação	☐	☐	☐	☐
12. Tremores nas mãos	☐	☐	☐	☐
13. Trêmulo	☐	☐	☐	☐
14. Medo de perder o controle	☐	☐	☐	☐
15. Dificuldade de respirar	☐	☐	☐	☐
16. Medo de morrer	☐	☐	☐	☐
17. Assustado	☐	☐	☐	☐
18. Indigestão ou desconforto no abdômem	☐	☐	☐	☐
19. Sensação de desmaio	☐	☐	☐	☐
20. Rosto afogueado	☐	☐	☐	☐
21. Suor (não devido ao calor)	☐	☐	☐	☐

Ilmo Senhor Dr. Geraldo Antônio de Souza
Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antonio Carlos (FAME/JF), Estéfane Lorraine Martins Vasconcelos (0102001459), Guilherme Brugiolo Muniz (0102000201), Lívia Freitas Oliveira (0102001530), Lysia Cardoso Sudário (0102001529), Marcela Filipini Santos (0102001692), Mariana Fagundes Viana (0102002727), Mayara Maika Alves Lobato de Almeida (0102000166), Nayara Cristina Bonoto (0102000167), Odara Maria Soares Mollgaard (0102000159), Raiane Rodrigues dos Santos (0102001535), que estão desenvolvendo o Projeto de Pesquisa intitulado "Análise do uso inadequado dos serviços de urgência e emergência de dois hospitais de referência em Juiz de Fora", como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso.

Os referidos alunos realizarão uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o uso inadequado dos serviços de pronto socorro, quantificando, os atendimentos de emergência, urgência, e não urgência realizados nas seguintes instituições: Hospital e Pronto Socorro de Juiz de Fora e Santa Casa de Misericórdia da mesma cidade.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação às instituições analisadas, mas a todas envolvidas com serviços de saúde, sobre o perfil dos pacientes que tem buscado os serviços de urgência e emergência na cidade de Juiz e Fora e por meio disso, possibilitar medidas de melhoria na qualidade do atendimento com diminuição do tempo de espera e resolução do problema do paciente. O mesmo será executado sob a orientação do Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega. Os pacientes serão convidados a responder três questionários sendo este Inventário de ansiedade de Beck, questionário sócio-econômico próprio e Escala de Faces de Wong-Baker.

Considerando que os pacientes da pesquisa serão selecionados nessa instituição, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução CNS 196/96, serão observados com rigor, reiterando que os dados gerados pela pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo.

O projeto será cadastrado no site Plataforma Brasil, responsável por encaminhar o mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa pertinente. A investigação só será iniciada após ter sido aprovada pelo CEP. O senhor receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 23 de agosto de 2013

Dr. Cézar Carvalho Esteves
Coordenador do Curso
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF - UNIPAC

Dr. Guillermo Patricio Ortega
Orientador da Pesquisa
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF – UNIPAC

DIRETOR TÉCNICO
CRM MG 6069
03/9/13

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO USO INADEQUADO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE DOIS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DE JUIZ DE FORA

Pesquisador: Guillermo Patricio Ortega Jácome

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21555313.2.0000.5156

Instituição Proponente: Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 422.675

Data da Relatoria: 10/10/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado se propõe a avaliar o uso inadequado dos serviços de pronto socorro, quantificando, os atendimentos de emergência,urgência, e não urgência realizados nas instituições hospitalares, Hospital e Pronto Socorro de Juiz de Fora e Santa Casa de Misericórdia, também de Juiz de Fora.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Avaliar o uso inadequado dos serviços de pronto socorro, quantificando, os atendimentos de emergência, urgência, e não Urgência realizados em instituições hospitalares analisadas, Hospital e Pronto Socorro de Juiz de Fora e Santa Casa de Misericórdia da mesma cidade.

Secundário:

- Analisar frequencia de atendimentos, segundo especialidades.
- Verificar o grau de ansiedade dos pacientes que estão à espera de atendimento.
- Caracterizar de acordo com a ansiedade e localização, a dor dos pacientes.
- Avaliar o perfil sócio econômico da população que procura o serviço de urgência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores, o risco considerado para os indivíduos que participarem da presente pesquisa é mínimo, ou seja, o mesmo a que estão expostos no dia a dia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho é interessante e procura avaliar uma condição crítica no País, o que o torna importante para o desenvolvimento da saúde pública. A falta de compreensão, por parte da população e dos profissionais de saúde sobre atenção básica de saúde descrita é muito bem elaborada e clara para o leitor.

A falta de critério, por parte do profissional médico, para determinar urgências e emergências e a falta de persuasão para esclarecer o usuário sobre a função da atenção básica, também é um fator importante.

O estudo realizado poderá ser mais um dado epidemiológico para o levantamento de indicadores que possam auxiliar no árduo trabalho de tornar a atenção básica, de fato, a porta de entrada do SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os itens de acordo.

Recomendações:

Ao referir-se ao sistema ou protocolo de Manchester, não esquecer que o mesmo foi desenvolvido para utilização em urgência e emergência. Para sua aplicação na atenção básica é necessário sua adaptação por parte das ESF.

Também não esquecer que o próprio profissional médico é resistente e muitas vezes não entende ou não quer entender o protocolo. É o não sair da zona de conforto.

A triagem deve envolver o enfermeiro e o assistente social, lembre-se persuasão.

Seu trabalho ficaria ainda mais interessante se fosse levantado quanto do atendido em urgência é azul.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem nenhuma pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BARBACENA, 11 de Outubro de 2013

Assinador por:
SEBASTIÃO ROGÉRIO GOIS MOREIRA
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG - 338 - KM 12
Bairro: Colonia Rodrigo Silva **CEP:** 36.201-143
UF: MG **Município:** BARBACENA
Telefone: (32)3339-4960 **Fax:** (32)3339-4960 **E-mail:** cep@unipac.br