
ARTIGO ORIGINAL

Perfil da Demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão – SC

Bruna Cristofolini Souza¹, Eduardo Bardini Alves Felipe¹, Rosemeri Maurici da Silva²

Resumo

Objetivo: Avaliar o perfil da demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão - SC (HNSC).

Método: Foi realizado um estudo transversal com amostragem aleatória de 108 indivíduos atendidos no setor de clínica médica do departamento de emergência (DE) do HNSC. Foi aplicado um questionário para coleta dos dados e utilizado o índice de concordância *Kappa* para avaliação da impressão de urgência entre profissionais e pacientes.

Resultados: Foram avaliados 208 indivíduos com idade média de 39,08 anos, 68% do gênero feminino, sendo 78,7% residentes em Tubarão, e 67,5% casados ou amasiados. 49,1 % moravam com cônjuge e filhos, e 38% vieram acompanhados do cônjuge. A renda familiar oscilou entre 1 a 2 salários mínimos. Os atendimentos não urgentes predominaram no período diurno ($p < 0,026$), e 79,6% não procurou local de assistência primária, apesar de 77,7% conhecerem o PSF. Houve total discordância entre profissionais e pacientes sobre a urgência da condição clínica ($Kappa = -0,011$). A principal razão de procura do DE foi confiança (30,6%), com predomínio de queixas cardiorespiratórias (25,9%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre urgência ou não, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, quando a amostra foi estratificada por gênero, renda, estado civil, escolaridade e faixa etária ($p > 0,05$).

Conclusão: O perfil da população atendida no DE do HNSC coincide com os outros estudos de serviços de emergência brasileiros. A emergência do HNSC atende uma grande parcela de pacientes que não estão adequados ao seu perfil.

Descritores: 1. *Serviços médicos de emergência;*
2. *Perfil de saúde;*
3. *Necessidade e demanda de serviços de saúde.*

Abstract

Objective: To evaluate the demand profile of Hospital Nossa Senhora da Conceição Emergency Unit – Tubarão – SC (HNSC).

Method: A transversal study was conducted by random sampling consisting of 108 people assisted at the HNSC's emergency unit medical clinic. A questionnaire was provided for data collection, and the Kappa Index of agreement used to check the emergency ratio between the professionals and the patients.

Results: Two-hundred-and-eight (208) patients with mean age 39,08 years were evaluated, 68% of them were female, 78,7% living at Tubarão, 67,5% either married or living together, 49,1% lived with their spouse and children, and 38% came along with their spouse. The family income was around one to two minimum wages. The non-urgent assistances prevailed in the morning ($p < 0,026$), and 79,6% did not look for first-aid assistance in spite of being familiar with the PSF (Family Health Care Unit). There was a lot of disagreement

1 - Acadêmica da 10ª fase de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

2 - Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Doutora em Medicina/Pneumologia.

between the professionals and the patients on the urgency of the clinic condition ($Kappa = 0,011$). The main reason why looking for the EU was trust (30,6%), cardiorespiratory complaints were more common (25,9%). According to the health professional evaluation, there was no statistically significant difference between urgency and non-urgency situations when the sample was stratified by gender, income, marital status, schooling and age ($p > 0,05$).

Conclusion: The profile of the population assisted at the HNSC's EU matched with other studies on Brazilian emergency services. HNSC's emergency unit assists most of the patients who do not fit its profile.

Key Words: 1. *Emergency medical assistance;*
2. *Health profile;*
3. *Health services needs and demand.*

Introdução

A medicina de urgência é uma ciência relativamente nova. O conceito de cuidado médico de emergência nasceu aproximadamente em 1940. Em 1962, nos Estados Unidos (EUA), foi criado o primeiro serviço tal como se conhece na atualidade, e se programou o primeiro curso para a formação de técnicos em emergências médicas.¹

Os serviços de emergência têm sido amplamente estudados em todo o mundo. Talvez, a principal razão para este fato tenha sido o aumento exagerado no volume de sua utilização, principalmente devido às chamadas causas comuns, isto é, motivos de consulta sem caráter de urgência.²⁻⁶

Há grande dificuldade na conceituação de urgência e não urgência; isso talvez ocorra pelo fato de ser um tema abrangente, e que pode ser interpretado em diferentes aspectos, como, por exemplo, pelo tempo de atendimento. No artigo de Peixoto Filho e colaboradores, os termos emergência, urgência, pronto atendimento e não urgência, foram interpretados pela avaliação da gravidade, levando em consideração o critério tempo hábil para a intervenção terapêutica, sendo considerado emergência: poucos minutos; urgência: até duas horas; pronto atendimento: até 12 horas; e não-urgências: mais de 12 horas.⁵ Rodriguez e colaboradores subdividem e classificam os pacientes em: a) *emergentes*: todo o

problema patológico agudo que comprometa a vida do paciente, algum órgão ou parte essencial do seu organismo por risco real ou potencial que requeira medidas ou condições imediatas. Em tais casos o nível primário tomará as primeiras medidas terapêuticas e haverá o transporte adequado do paciente ao nível secundário, aonde este receberá uma atenção especializada; b) *Urgência de segunda prioridade*: contempla problemas patológicos que, de acordo com a evolução de sua gravidade, poderiam colocar em perigo, em tempo mediato, a vida do paciente; c) *Urgência menor ou de terceira prioridade*: problema patológico que, pelo curso de sua evolução, não colocaria em perigo a vida do paciente em tempo imediato nem mediato, mas as complicações poderiam pôr a vida do paciente em perigo. As duas últimas classificações são agrupadas em *urgência de nível secundário ou hospitalar*, que são as urgências de primeira prioridade e a maioria de segunda prioridade que requerem cuidados disponíveis apenas em nível hospitalar. Não se incluem as urgências de segunda prioridade que tem solução no sistema de atenção primária de urgência; d) *Não urgência*: problema patológico crônico, sem crises de agudização, que precisam de atenção médica não englobada nas definições anteriores, mudanças significativas na evolução, onde poderia esperar de 24 a 48 horas para ser atendido no sistema ambulatorial.⁷

Em termos gerais, o conceito deveria ser simples, pacientes de cuidados primários deveriam ser atendidos em ambientes apropriados para sua afecção, não necessitando de serviços especializados de um Departamento de Emergência, como internações de urgência, local de ressuscitação, e rápido e/ou complexo estabelecimento diagnóstico.³

Sabemos que na prática os departamentos de emergência não funcionam com tal simplicidade, tendo em vista o aumento exagerado de não urgências neste ambiente.

O uso do departamento de emergência por problemas não urgentes foi descrito antes de 1849 na Inglaterra, e o aumento do uso do departamento de emergência desde meados de 1940 nos EUA.^{2,4}

As finalidades dos nossos serviços de emergência estão completamente deturpadas, na medida em que são utilizados pela população local como um substitutivo aos Postos de Assistência Básica (Posto de Saúde). E o grave desse fato, é que a Emergência não supre as deficiências geradas pela assistência básica.¹

Não há consenso sobre protocolos de atendimento

médico e rotinas de enfermagem, enfim, não há organização no setor e, por isso, ele funciona totalmente baseado na experiência individual, dificultando ou mesmo impossibilitando melhores resultados.¹

Tendo em vista que para um serviço de emergência ser verdadeiramente eficiente são necessárias, entre outras variáveis, a rapidez e a qualidade na prestação da assistência médica, não é menos certo que depende, em grande parte, do uso adequado desses serviços.⁷

Para o uso apropriado e racional deve-se ter como premissa que o paciente urgente seja assistido no nível de atenção que sua condição requer.⁷ O objetivo político de transferir visitas não urgentes do Departamento de Emergência para lugares adequados, não é comumente pensado, planejado e implementado, e muitas vezes desconsidera as perspectivas do paciente.⁴

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de descrever o perfil da demanda do DE do HNSC, no município de Tubarão – SC.

Métodos

A presente pesquisa é um estudo do tipo transversal, por amostragem aleatória, descritivo e analítico.

Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos, atendidos no setor de clínica médica do Departamento de Emergência (DE) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), no Município de Tubarão, Santa Catarina, no período de 9 a 15 de junho de 2008.

O DE do HNSC é responsável por aproximadamente 87.000 atendimentos por ano em seus diversos setores, o setor de clínica médica, objeto de estudo do presente trabalho, é responsável pelo atendimento, em média, de 1542 pessoas por semana, 171 por dia, sendo que no período diurno, considerado das 08:00 às 20:00, são atendidas em média 128 pessoas, e no período noturno 43 pessoas. A amostra final foi constituída por 108 indivíduos, considerada satisfatória para detectar uma prevalência de urgências estimada em 50% com um erro amostral de $\pm 5\%$, no nível de confiança estatística de 95% ($p < 0,05$). Os participantes foram avaliados durante os sete dias da semana (de segunda a domingo), nos dois períodos (diurno e noturno). Foram avaliados 17 indivíduos por dia, 13 no período diurno (das 8:00 às 20:00) e 4 no período noturno. Os participantes foram selecionados aleatoriamente, alternando por ordem de chegada no departamento de emergência. O primeiro paciente atendido no período foi considerado o participante número 1, sendo excluídos os próximos 4

atendimentos e incluído o próximo, até completar a amostra prevista para o período.

Os participantes selecionados foram convidados a participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário pôde ser respondido pelo paciente ou pelo acompanhante, se aquele não pudesse responder. Todos os pacientes inconscientes no momento do atendimento tiveram sua auto-avaliação classificada como urgência. O questionário continha um cabeçalho com características epidemiológicas gerais e um corpo com 11 questões. O questionário foi aplicado pelo pesquisador responsável.

O profissional de saúde que atendeu o participante também foi convidado a participar e assinou um termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram considerados critérios de exclusão: pacientes que não concordaram em participar, indivíduos sem autonomia para assinar ou responder o questionário e que estivessem sem acompanhante.

As variáveis pesquisadas foram idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão, pessoa com quem reside, motivo da procura, presença ou não de acompanhante, local que costuma procurar quando está doente, conhecimento de outros locais de assistência médica, procura de outro local para assistência médica antes da ida à emergência, razão pela procura do Departamento de Emergência, auto-avaliação quanto à urgência da condição, e avaliação do profissional de saúde quanto à urgência ou não da condição clínica. Para a avaliação da gravidade dos pacientes pelo profissional de saúde, utilizou-se o critério tempo hábil para a intervenção terapêutica, que consiste no seguinte conceito: urgências: até 12 horas, e não-urgências: acima de 12 horas.⁵

As informações obtidas foram compiladas em um banco de dados e analisadas através do software SPSS 16.0 for Windows®.

Os resultados foram sumarizados como percentagem ou média conforme indicado. Foram aplicados testes de significância estatística para as variáveis de interesse, e aceitos como significativos valores de p menores ou iguais a 0,05. O grau de concordância entre a avaliação do paciente e do profissional de saúde que o atendeu com relação à urgência do caso foi estimado através do índice de concordância *Kappa*, sendo aceitos como significativos valores maiores ou iguais a 0,75.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Sul de Santa Catarina sob registro 08.134.4.01.III.

Resultados

Foram avaliados consecutivamente 119 indivíduos, dos quais 11 foram excluídos por não terem autonomia para assinar ou responder o questionário e estavam sem acompanhantes. A amostra, portanto, ficou constituída por 108 indivíduos.

A idade média dos participantes foi de 39,08 anos, com desvio padrão de 15,7 anos, idade mínima de 18 anos e idade máxima de 82 anos.

Quanto ao gênero, 62% dos participantes pertenciam ao gênero feminino, e 38% ao gênero masculino.

A maioria dos indivíduos residia em Tubarão (78,7%), e o restante (21,3%) em outros municípios da Amarel.

Notou-se que a procura foi maior entre os casados e amasiados (67,6%), em relação a outros estados civis (32,4%).

Dos indivíduos estudados, 49,1% moram com cônjuges e filhos, e 70,4% estavam acompanhados no momento da consulta.

Analisando a escolaridade, revela-se o predomínio do primeiro grau incompleto (38,9%).

A principal situação funcional foi empregado, em atividade regular com direitos trabalhistas (45,4%), e a renda familiar oscilou entre 1 a 2 salários mínimos principalmente. Os dados referentes à situação funcional e renda familiar encontram-se demonstrados nas Tabelas 1 e 2.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre urgência ou não, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, quando a amostra foi estratificada por gênero, renda, estado civil, escolaridade e faixa etária ($p > 0,05$).

Houve diferença estatisticamente significativa quando avaliados os atendimentos não urgentes de acordo com o período (diurno ou noturno), havendo mais atendimentos não-urgentes no período diurno ($p = 0,026$).

Verificou-se que entre os indivíduos estudados 79,6% não procurou anteriormente local de assistência primária, sendo que 77,7% conhecem o PSF como uma alternativa de atendimento, e quando necessitam de auxílio médico, ocorre uma equivalência entre a procura do SE e do Posto de Saúde da Família (PSF) (Tabela 3).

Quando questionados sobre a gravidade do seu estado de saúde, 90,7% consideraram seu caso urgente. Em contrapartida, somente 25,9% do total estudado era realmente urgente, de acordo com o profissional de saúde, resultando em um índice de concordância *Kappa* de -0,011, o que revela uma total discordância entre as duas

impressões.

As razões de não procura de um serviço ambulatorial, estão listadas na Tabela 4.

Os principais problemas que os levaram a procurar o departamento de emergência estão listados na Tabela 5.

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que, no grupo estudado, a idade média dos participantes foi de 39,08 anos, com desvio padrão de 15,7 anos. Souza observou resultados semelhantes em seu estudo, o qual obteve média de idade de 33,6 anos, com desvio padrão 14,3 anos.⁸ Contrariando a idéia de Jacobs e colaboradores, que citam em seu estudo que “nesta faixa etária a população seria mais saudável e menos propensa a doenças.”, seria esperado encontrar uma proporção de atendimentos superior em faixas etárias mais avançadas.^{9,10} Este fato também não ocorre na maioria dos trabalhos revisados.^{4,11-14}

O gênero feminino concentrou mais da metade dos participantes (62%), coincidindo com o perfil da população brasileira e de Tubarão.¹⁵ Silva e colaboradores, estudando o perfil de um hospital localizado em Florianópolis, também encontraram maior número de atendimentos no gênero feminino.¹⁰ Lang e colaboradores, encontraram predomínio de homens (75,6%), enquanto Souza e outros estudos de serviços brasileiros, de Jacobs e colaboradores e Barakt, constataram discreta superioridade feminina entre os indivíduos atendidos.^{8,9,16,17}

Confirmou-se neste estudo o que Silva e colaboradores descreveram, que o uso do serviço de emergência está relacionado a menor distância do mesmo à moradia do paciente, pois 78,7% dos participantes residiam em Tubarão.¹⁰ No estudo de Jacobs e colaboradores, 96,35% dos pacientes eram da região metropolitana e 86,5% do município de Salvador.⁹

Quando foi avaliada a distribuição dos atendimentos de acordo com o estado civil, notou-se que a procura foi maior entre os casados e amasiados, assim como descreve Bianco, no qual a procura entre os casados foi de 74,3% dos participantes.¹⁴ Dados distintos são relatados no estudo de Lang e colaboradores, que encontraram predomínio entre os solteiros (43,8%).¹⁶

O predomínio do primeiro grau incompleto neste estudo é observado também em estudos internacionais tal como o realizado por Bianco na Itália, em que houve predomínio de escolaridade menor que 8 anos.¹⁴ Lang e

colaboradores relataram predomínio de escolaridade inferior há 6 anos.¹⁶

Neste estudo não houve diferença estatisticamente significativa entre urgência ou não, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, quando a amostra foi estratificada por gênero, renda, estado civil, escolaridade e faixa etária ($p > 0,05$). Northington também não observou diferença estatística entre não urgência comparado a idade, gênero e raça.² Já Gill enfatiza em seu estudo que a distância, idade e o sexo estavam associados com a percepção do paciente como urgente. Os homens, quando questionados sobre a gravidade de seu problema, consideram-no mais urgente, assim como na faixa etária entre 18-39 também os consideram como urgente. Em maiores de 65 anos nenhum deles considera seu problema não urgente.¹⁸

Constatou-se uma maior procura ao serviço de emergência durante o dia, e foi neste período onde se concentrou a maioria dos atendimentos não urgentes. No trabalho de Rodríguez e colaboradores, foi relatada maior proporção de atendimentos no período diurno, porém as urgências se concentraram durante a noite, confirmando este padrão na análise realizada no qual: 58,3% foram considerados não urgentes no período diurno, dado este corroborado por vários outros estudos revisados.^{7,9,10,11,14}

Ao avaliar o estudo de Northington e colaboradores, em Pittsburg nos EUA, observa-se que 27,1% da população costuma buscar o serviço de emergência; já no presente estudo, 49,1% procuram diretamente o serviço de emergência para auxílio médico.² Naquele estudo, 65,6% não conheciam outro local que pudessem recorrer, e neste, 77,7% conheciam o PSF como alternativa. Quando questionados se procuraram outro local antes de buscar atendimento no serviço de emergência, os resultados foram semelhantes aos de Northington e colaboradores, mais da metade dos indivíduos não passaram por triagem na atenção básica. Mc Lain e colaboradores e Rodríguez e colaboradores também observaram que grande parte dos indivíduos recorreu ao serviço de emergência por conta própria, ou seja, sem uma avaliação prévia em outro local de atendimento.^{4,7}

Considerando que existe em todo o município de Tubarão a disponibilidade de 22 Postos de Saúde da Família, e o aparente conhecimento pela maioria da população deste recurso, é inevitável questionar a motivação do paciente a procurar o serviço de emergência, e os três motivos mais citados foram:

confiança, rapidez e horário, totalizando 71,4% das citações. Já para Luz, o principal motivo foi a proximidade do serviço de emergência em relação ao domicílio.¹³ Howard e colaboradores, em consideração pertinente, ressaltam o fato de que nossa sociedade tem uma cultura imediatista, onde os “consumidores” esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos.¹⁹

O presente estudo, através do índice de concordância *Kappa* de -0,011, revelou que houve uma total discordância entre a percepção dos pacientes quanto a gravidade de seu caso, comparados com a percepção do médico, ou seja 90,7% dos participantes consideraram seu caso urgente, em contrapartida, 25,9% do total era realmente urgente de acordo com o profissional de saúde. Peixoto e colaboradores e Gill, também constataram que a maior parte dos pacientes julgam sua situação urgente.^{5,18} No caso de Peixoto e colaboradores, 16,6% dos pacientes consideram-se em situação de emergência, enquanto os médicos o fizeram em apenas 2,6% dos casos.⁵

As principais queixas apresentadas pelos participantes foram agrupadas em sistemas, e as doenças do aparelho cardiorespiratório corresponderam a 25,9% do total, sendo a principal causa de procura deste serviço de emergência. O sistema respiratório esteve entre as mais frequentes queixas em vários outros estudos como o de Peixoto Filho e colaboradores (27,5%), Jacobs e colaboradores (16,4%), Souza (27,5%), e Silva e colaboradores (onde esteve entre as 10 queixas mais frequentes), em concordância com os achados deste estudo.⁸⁻¹¹ Queixas osteoarticulares e gastrointestinais, junto com a anterior obtiveram 62,1% do total, o que é semelhante principalmente aos estudos realizados na região sul do Brasil, como constatou Silva e colaboradores, em estudo realizado em Florianópolis, agrupando as 10 principais queixas em sinais e sintomas, e em ordem decrescente de frequência estavam: cefaléia, dor abdominal, dor torácica, tosse, febre, dor lombar.¹⁰ Parece existir particularidades entre as regiões e até mesmo entre os hospitais, como é o caso do estudo de Jacobs e colaboradores, realizado em Salvador, onde as principais queixas foram: febre, diarreia e gastroenterite, sintomas relacionados com o sistema gastrointestinal basicamente. Já neste estudo, estão entre as três mais citadas, porém estão distantes da principal causa.⁹

Uma vez observado o uso indevido dos Serviços de Emergência, análises mais direcionadas merecem ser feitas para determinar o porquê de uma procura tão grande por indivíduos com casos não urgentes. Um

apanhado da literatura demonstra alguns fatores interessantes, tais como: a facilidade de acesso, burocracia mínima e rapidez de atendimento, suposição de que o médico do serviço de atenção primária seria incapaz de solucionar o caso devido à auto-avaliação de sua gravidade, falta de confiança no serviço de atenção primária, e desinformação geral sobre o funcionamento correto dos DE. Os resultados demonstrados no presente estudo não se afastam destas citações.⁵

Uma proposta pertinente para a realidade brasileira seria a implantação de serviços de atendimento ambulatorial com acesso tão fácil e irrestrito quanto nos DE, associados a sistemas de triagem do DE mais efetivos, bem como o esclarecimento para a população em geral sobre a hierarquização e o papel de cada unidade componente de nosso sistema de saúde. Estas medidas poderiam reduzir custos, aumentar a eficiência, desafogando os DE, onde haveria maior tempo disponibilizado para casos realmente urgentes.⁵

Referências Bibliográficas:

1. Albino RM, Riggenbach V. Medicina de urgência - passado, presente, futuro. *Arq Cat Med* 2004; 33(3):15-17.
2. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med* 2005; 23(2):131-7.
3. 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 Aust* 2005; 17(5-6):472-9.
4. Koziol-McLain J, Price DW, Weiss B, Quinn AA, Honigman B. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs* 2000; 26(6):554-63.
5. Peixoto Filho AJ, Vasconcelos FA, Silva RM, Botelho LJ. Avaliação da gravidade dos atendimentos no Serviço de Emergência do Hospital Universitário da UFSC. *Rev Assoc Med Bras* 1991;37(2): 91-5.
6. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994;24(5): 953-7.
7. Rodríguez PJ, Sánchez ID, Rodríguez RP, Acosta AS. Filtro sanitario en las urgencias médicas. Un problema a reajustar. *Rev Cuba Med* 2001;40(3):181-188.
8. Souza JE. Avaliação da necessidade de atendimento no serviço de emergência do Hospital Governador Celso Ramos: Um estudo transversal. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 1996.
9. Jacobs PC, Matos EP. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador – Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(6): 348-53.
10. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 36(4).
11. Peixoto Filho AJ, Campos HD, Botelho LJ. Serviço de emergência em clínica médica do Hospital Universitário da UFSC: estudo do perfil da demanda. *Arq Catarin Med* 1990;19(1):37-44.
12. Furtado B, Araujo Júnior JLC, Cavalcanti PO. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004;7(3):279-89.
13. Luz GD. Análise dos atendimentos dos serviços de emergência de um hospital geral. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1996.
14. Bianco A, Pillegi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117(4):250-5.
15. Prefeitura Municipal de Tubarão [homepage na internet] Tubarão: Prefeitura Municipal de Tubarão. [atualizada em 2000; acesso em 12 de outubro de 2008]. Disponível em: [HTTP://www.tubarao.sc.gov.br](http://www.tubarao.sc.gov.br)
16. Lang T, Davido A, Diakité 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. Barakat SFC. Caracterização da demanda do Serviço de Emergência Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
18. Gill MJ, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J Family Practice* 1996; 42(5):491-6.

19. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs* 2005;31(5):429-35.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com a situação funcional.

Situação Funcional	n	%
Dona de casa com atividade regular	14	13
Empregado, em atividade regular, com direitos trabalhistas	49	45,4
Em atividade, sem direitos trabalhistas	22	20,4
Inativo temporário com direitos trabalhistas (benefício/auxílio doença)	1	0,9
Aposentado por tempo de serviço	7	6,5
Aposentado por invalidez	5	4,6
Desempregado com direitos previdenciários	4	3,7
Desempregado sem direitos previdenciários	6	5,6
Total	108	100

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a renda familiar mensal.

Renda Familiar	n	%
Menos que 1 salário mínimo	9	8,3
1 salário mínimo	40	37
2 salários mínimos	33	30,6
3 salários mínimos	21	19,4
4 salários mínimos	2	1,9
5 salários mínimos	1	0,9
6 salários mínimos	1	0,9
8 salários mínimos	1	0,9
Total	108	100

Tabela 3 – Distribuição dos participantes de acordo com o local onde costumam ir para atendimento médico.

Aonde costuma ir	n	%
Emergência	53	49,1
PSF	53	49,1
Clínica particular	2	1,9
Total	108	100

Tabela 4 – Distribuição dos participantes de acordo com razão de não procura de um serviço ambulatorial.

Razão	n	%
Confiança no DE	33	30,6
Rapidez do atendimento no DE	26	24,1
Horário	18	16,7
Preferência	9	8,3
Médico do posto ausente	7	6,5
Encaminhamento	4	3,7
Exames	4	3,7
Hábito	4	3,7
Outros	3	2,7
Total	108	100

Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com o motivo do atendimento.

Problemas	n	%
Cardiorespiratórios	28	25,9
Osteoarticulares	23	21,3
Gastrointestinais	16	14,9
Traumas e Ferimentos	14	13,0
Neuropsiquiátrico	7	6,5
Cefaléias	7	6,5
Genitourinários	6	5,6
Otorrinolaringológicos	4	3,7
Dermatológicos	3	2,8
Total	108	100

Endereço para Correspondência:

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva
 Rua Moçambique, 852 - Rio Vermelho
 Florianópolis - SC
 CEP: 88060415
 E-mail: rosemaurici@hotmail.com