

DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PARA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MOST COMMON DIAGNOSES IN THE ADULT EMERGENCY MEDICAL SERVICE OF A COLLEGE HOSPITAL

Mauro Pellegrino AVANZI¹

Carla Rosana Guilherme SILVA²

RESUMO

Objetivo

Realizar estudo analítico dos diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto de hospital universitário, bem como relacioná-los com suas respectivas condutas diagnósticas e terapêuticas.

Métodos

Foi conduzido estudo retrospectivo das fichas de atendimento do serviço de emergência para adulto realizado durante cinco meses, no ano de 2001. Levantaram-se dados sobre sexo, idade, procedência, hipótese diagnóstica, emergência do quadro apresentado, exames solicitados, conduta adotada, destino dado aos pacientes e anotações ilegíveis em fichas de atendimento, totalizando-se 729 análises.

Resultados

Obteve-se como resultado da análise que pacientes do sexo masculino pertencentes à faixa etária entre 21 e 40 anos corresponderam à principal

¹ Acadêmico, 6º ano, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.R.G. SILVA. E-mail: <carlasilva@directnet.com>.

demanda. Quanto aos quadros clínicos apresentados, verificou-se que pequenos traumas e ferimentos corto-contusos foram os principais, seguidos de sintomas gerais e alterações do sistema respiratório. Grande parte dos casos não necessitava de atendimento médico de emergência. Quanto aos exames mais solicitados, têm-se os raios X e o hemograma. Ao analisar as hipóteses diagnósticas, verificou-se que os principais exames solicitados nos pequenos traumas foram os raios X; nas pneumonias, os raios X e o hemograma; e nas cardiopatias isquêmicas, enzimas cardíacas, eletrocardiograma e eletrólitos. Quanto ao destino dado aos pacientes, verificou-se que a grande maioria não possuía qualquer menção de seu encaminhamento relatado na ficha. Em relação à legibilidade das anotações nas fichas, verificou-se que parcela expressiva encontrava-se parcial ou totalmente ilegível.

Conclusão

Os diagnósticos mais frequentes foram pequenos traumas, sintomas gerais e distúrbios respiratórios. Constataram-se coerência e homogeneidade na correlação entre as hipóteses diagnósticas e os exames solicitados. Há falta de registro do destino dado aos pacientes e alta porcentagem de anotações ilegíveis nas fichas. Propõem-se novo modelo de ficha de atendimento e conscientização dos profissionais envolvidos no processo.

Termos de indexação: adulto, medicina de emergência, serviços médicos de emergência, testes diagnósticos de rotina.

A B S T R A C T

Objective

To perform an analytical study of the most common diagnoses made at the adult emergency service of a college hospital, as well as to relate them with their respective diagnostic procedures and therapeutic approach.

Methods

In the year 2001, [at the College Hospital, Brazil] a prospective study of files from the adult emergency service was performed. We compiled information from 729 files, corresponding to a five month service period. The analyzed data included gender, age, origin, diagnosis, case urgency, exams requested, adopted conduct, notes regarding patient's follow-up, and file's legibility.

Results

The results revealed that the highest demand of emergency medical care came from men between the ages of 21 and 40 years old. Regarding the diagnoses, the main ones were soft traumas and injuries, followed by general symptoms and respiratory problems. Most of the cases didn't need emergency assistance. The study also revealed that the exams most frequently requested were X ray and blood count. When analyzing the requested exams for diagnoses, we noted that, in cases of soft trauma, the exam mostly requested was X ray; in cases of pneumonia, it was X ray and hemogram; and in myocardial infarction cases, besides the electrocardiogram, the cardiac markers and electrolytes exams were requested. As regarding the patients' follow-ups, it was noticed that the patients' files did not contain any information on follow-up orientation that might have been given to them. Also, when analyzing the aforementioned files, it was observed that a great amount of them were either partially or completely illegible.

Conclusion

The study indicated that the most common diagnoses were soft traumas, general symptoms, and respiratory illnesses. In addition, the analysis evidenced the

coherence existing between the various diagnoses and the respective diagnostic exams. However, the study revealed that the files lacked registries concerning patients' follow-up orientation; besides, it found a high percentage of illegible files. Therefore, a new type of file was proposed, alongside recommendations for increasing the awareness of the staff involved in the process.

Indexing terms: *adult, emergency medicine, emergency medical services, diagnostic tests, routine.*

INTRODUÇÃO

Há tempos se discutem as atribuições, as funções e a demanda por serviços de referência que prestam atendimento de emergência. A procura por esse tipo de atendimento tem apresentado nos últimos anos sensível aumento, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento¹. A despeito da importância do tema, a literatura se mostra escassa, acarretando dificuldade de uma análise crítica e aprofundada da situação em que se encontram os serviços de atendimento de emergência, bem como uma visão global de todos os níveis de atendimento do sistema de saúde.

Os serviços que se propõem realizar o atendimento de emergência devem, antes de tudo, ter profissionais plenamente conscientes do real significado do termo emergência. Abrir as portas de um serviço para emergências significa estar apto a tratar de situações que envolvam risco imediato ou quase imediato de morte e que, naturalmente, necessitem de atenção médica de qualidade em um curto espaço de tempo. Segundo o *American College of Emergency Physicians*, a medicina de emergência inclui a tomada de decisão imediata e a ação necessária para prevenir a morte ou qualquer outra disfunção do paciente. A população de pacientes é irrestrita e se apresenta com largo espectro de condições comportamentais e físicas. Aos serviços de emergência convergem problemas de saúde de origem e gravidade das mais variáveis, cujo volume e urgência são às vezes inusitados; todos eles colocando à prova a qualidade e a flexibilidade da organização e seus recursos humanos e materiais².

A estruturação de um serviço voltado ao atendimento de emergência está intimamente relacionada à qualidade e à capacidade dos serviços

de atendimento primário e secundário. A triagem dos pacientes que realmente necessitam de atendimento imediato recai, em grande parte dos casos, sobre os serviços terciários. Essa triagem, se realizada de forma adequada, possibilitaria ao serviço de emergência o desenvolvimento de um trabalho de forma otimizada e coerente com os seus objetivos. A responsabilidade dessa função está imposta à rede de atendimento primário e secundário, tanto ambulatorial quanto hospitalar, que na maioria das vezes não consegue dar suporte adequado ao volume de atendimento.

Em serviço de emergência de hospital universitário da região da Direção Regional de Saúde XI (DIR XI), em São Paulo, constatou-se que deficiências da atenção básica e distorções nos sistemas de saúde regionais e locais acarretaram uma demanda em direção inversa à hierarquização dos níveis de atenção³.

A agilidade e a resolutividade dos serviços de emergência estão alicerçadas em alguns fundamentos, dentre os quais destacam-se: capacitação e treinamento dos membros da equipe, educação continuada, estrutura organizacional adequada e qualidade das anotações nas fichas de atendimento.

Pesquisa realizada em países em desenvolvimento na região do Caribe evidenciou que a falta de recursos desses locais é um dos fatores determinantes para o desenvolvimento de algumas doenças, dentre elas aquelas decorrentes de trauma. Mostrou-se alarmante em tais localidades a insuficiência de estrutura física, tais como móveis, equipamentos e material, bem como o déficit de especialização da maioria dos médicos. Verificou-se, também, a falta de anotações na ficha de atendimento e dificuldades para levantamento das fichas atendidas⁴.

O processo diagnóstico nos atendimentos de emergência envolve, em parcela considerável dos casos, mecanismos de tecnologia avançada na investigação, sejam esses laboratoriais ou de imagem. No contexto atual de saúde, observa-se crescente volume de produção de novos conhecimentos científicos, gerando uma exigência social para atendimentos com incorporações tecnológicas⁵. Assim, verifica-se que, para a realização de um atendimento de emergência adequado, torna-se imprescindível uma estrutura hospitalar que incorpore tecnologias na investigação dos casos.

A qualidade das anotações nas fichas de atendimento se apresenta como importante elemento determinante da eficiência de serviço de emergência. A incompreensibilidade e a incompletude dos registros de informações foram fatores constantemente verificados no estudo, reafirmando a necessidade imperativa e a importância da elaboração dos registros na folha de atendimento de serviços de emergência⁶.

A estrutura organizacional dos serviços de emergência possibilita a execução dos atendimentos de forma eficiente e coerente, sem que haja sobrecarga ou subutilização do sistema. Estudo sobre a organização dos serviços de emergência na Rússia os descreve como um sistema em reestruturação. Verificam-se modificações nas prioridades do governo, valorizando-se os serviços de emergência, que se apresentam estruturalmente com áreas de emergência menores que as áreas de triagem, não há generalista de plantão e os casos mais graves são levados à sala de ressuscitação e atendidos por um médico especialista em cuidados intensivos⁷.

A medicina de emergência praticada na Suíça apresenta marcante heterogeneidade na estrutura organizacional das diversas províncias que compõem a nação. Quanto aos profissionais que atuam nos serviços de emergência, verifica-se que parcela considerável é composta por médicos recém-formados ou com pouca experiência na área de emergência. Com o intuito de minimizar as conseqüências, o governo suíço formulou protocolos de atendimento a serem adotados, de forma espontânea, pelos médicos emergencistas⁸.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde⁹, verifica-se que as três principais causas de mortalidade no país, sobretudo na Região Sudeste, são: doenças do aparelho cardiocirculatório, causas externas e neoplasias. A partir desses dados, detecta-se que as duas principais causas de mortalidade em nosso país estão diretamente relacionadas com atendimentos de emergência, demonstrando, de forma indireta, a importância desse setor.

Este trabalho foi idealizado a partir da vivência no dia-a-dia em um serviço de emergência destinado ao atendimento de adultos, no qual se constatou heterogeneidade de condutas para situações clínicas semelhantes. A necessidade de realizar o estudo foi reforçada pelo fato de se tratar de um hospital-escola, onde alunos do internato (5º e 6º anos) do curso de medicina cumprem carga horária obrigatória com a supervisão do docente. Há também atividades de plantão ou extracurriculares, nas quais os alunos são orientados por médicos plantonistas.

Dessa forma, este estudo tem como proposta oferecer subsídios para a implantação de protocolos clínicos, visando otimizar o atendimento, homogeneizar as condutas e melhorar a resolutividade do referido serviço de emergência.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado a partir da análise das fichas de atendimento do Serviço de Emergência para Adultos, obtidas no Serviço de Arquivamento Médico (SAME) do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Trata-se de um hospital geral, de característica secundária e terciária, responsável pela área de abrangência da região Noroeste da cidade, com população adstrita de aproximadamente 155 mil pessoas.

A instituição apresenta disponibilidade de 280 leitos para internações do Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos entre especialidades clínicas (infantil e adulto), cirúrgicas, de ginecologia/obstetrícia e unidade de terapia intensiva (UTI) (neonatal,

infantil e adulto). Seu serviço de emergência obteve a média de atendimento mensal de 5.576 pacientes em 2003. Conta com serviços de laboratório, radiologia e imagens (tomografia computadorizada, ultra-sonografia, entre outros) e especialidades médicas de plantão, local ou à distância, disponíveis nas 24 horas.

O serviço de emergência se caracteriza por apresentar setores independentes no acolhimento dos pacientes, conforme a queixa e a faixa etária. Assim o hospital apresenta quatro serviços de emergência: adulto, psiquiátrico, infantil e de ginecologia/obstetrícia. O presente estudo baseou-se apenas na análise dos atendimentos realizados no serviço de emergência para adultos, assim considerados os indivíduos com idade igual ou acima de treze anos.

O serviço de emergência para atendimento de adultos está estruturado com três médicos plantonistas durante o dia (doze horas diurnas), sendo que dois deles fazem o pronto atendimento de pacientes previamente triados por uma enfermeira. O terceiro médico faz horário linear, sendo responsável pelo atendimento das emergências, pelos pacientes que aguardam nas macas dos corredores (sete leitos), da sala de emergência (quatro leitos) e na retaguarda (oito leitos). Nesse contexto estão inseridos os alunos do 5º e 6º anos do curso de medicina (internos) que atuam conjuntamente com os médicos nos atendimentos de urgência e emergência. São supervisionados no período diurno por um docente, e à noite, fins-de-semana e feriados, por plantonistas contratados pelo hospital.

Este estudo tem caráter retrospectivo, abrangendo os atendimentos dos meses de janeiro a maio de 2001. A escolha do período estudado foi aleatória e as informações, obtidas por meio da análise de fichas de atendimento do serviço de emergência para adulto, foram selecionadas ao acaso. Foram avaliadas cinco fichas por dia, correspondentes ao plantão de 24 horas, totalizando 750 análises. Não foi estabelecido qualquer critério de discriminação quanto às fichas

analisadas, tais como horário de atendimento, idade dos pacientes, sexo ou diagnóstico.

A avaliação dos dados teve como base as seguintes variáveis: sexo, idade, hipótese diagnóstica, emergência do quadro apresentado, exames solicitados, condutas adotadas, anotações ilegíveis nas fichas de atendimento e origem dos pacientes. Foram considerados neste estudo somente o atendimento prestado a esses pacientes e seu diagnóstico dentro do serviço de emergência, excluindo-se da análise a sua evolução em outros setores do hospital, após conduta definitiva.

O presente trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESULTADOS

Foi realizada a análise de 750 prontuários, dos quais 21 foram desconsiderados por erro na coleta de dados. O presente estudo englobou, assim, 729 análises.

Obteve-se como resultado da análise que, dos 729 pacientes que procuraram o serviço de emergência para adulto, 379 eram do sexo masculino (52,0%) e 350 do sexo feminino (48,0%). Quanto à faixa etária, prevaleceu a compreendida entre 21 e 40 anos, correspondendo a 40,2%. Avaliando-se os principais quadros clínicos apresentados, verificou-se que pequenos traumas e ferimentos corto-contusos (que não necessitavam de avaliação ortopédica) foram os mais freqüentes, representando 12,0% dos casos; seguidos de sintomas gerais (febre, dor a esclarecer, distúrbios hidro-eletrolíticos, queda do estado geral e distúrbios de comportamento) com 12,3%; quadros relacionados ao aparelho respiratório (infecção de vias aéreas, pneumonia, broncoespasmo, sinusopatia) com 9,7% e quadros neurológicos (cefaléia, lombociatalgia, tontura, acidente vascular cerebral) com 9,6%. O restante, correspondente a 55,2%, está distribuído entre queixas de outros aparelhos e sistemas (Tabela 1). Os distúrbios de comportamento foram incorporados aos sintomas

gerais por se referirem a pacientes que apresentavam em sua maioria quadros de intoxicação alcoólica exógena e distúrbios emocionais mal definidos que não necessitavam de avaliação psiquiátrica imediata.

A análise das fichas de atendimento evidenciou que, dos casos atendidos no serviço de emergência para adulto, somente 30% dos casos apresentavam quadros que realmente necessitavam de atendimento de emergência, tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou broncoespasmo grave.

Ao se analisarem os principais quadros clínicos relacionados à faixa etária, verificou-se que entre 13 e 20 anos os principais foram dor abdominal e trauma, entre 21 e 60 anos, trauma e sintomas gerais, entre 61 e 80 anos, acidente vascular cerebral (AVC)

Tabela 1. Distribuição dos casos por quadros clínicos identificados em pacientes atendidos no serviço de emergência para adulto. HMCP, 2001.

Quadro clínico	n	%
Pequenos traumas	94	12,9
Sintomas gerais	90	12,3
Aparelho respiratório	71	9,7
Neurologia	70	9,6
Gastrointestinal	54	7,4
Distúrbio do comportamento	53	7,3
Urologia/Nefrologia	49	6,7
Cardiovascular	48	6,6
Dermatologia	35	4,8
Outros	102	14,0
Sem diagnóstico	31	4,3
Diagnóstico ilegível	32	4,4
Total	729	100,0

Nota: HMCP= Hospital e Maternidade Celso Pierro.

e broncopneumonia (BCP) e acima de 80 anos, cardiopatia isquêmica (IAM) e AVC (Tabela 2). Quanto aos quadros clínicos e sua relação com o sexo, verificou-se que no sexo masculino os principais foram pequenos traumas (15,8%) e sintomas gerais (8,7%), enquanto no feminino, pequenos traumas (8,0%) e infecção do trato urinário (5,2%).

Na análise dos exames mais solicitados, verificou-se, em primeiro lugar, os raios X com 25,3%, em seguida o hemograma com 17,2%, urina I com 10,7% e eletrólitos correspondendo a 8,3% das solicitações. A correlação entre os quadros clínicos e os respectivos exames solicitados evidenciou que, nos quadros de pequenos traumas, o principal exame solicitado foi o de raios X (62,0%). Na BCP os principais foram os raios X e o hemograma com 38,5% e 35,2% respectivamente. Quanto à infecção de trato urinário obteve-se urina I (45,0%) e hemograma (20,0%), enquanto em relação à dor abdominal houve uma divisão equitativa entre o hemograma, os raios X e a urina I, todos com 25,0% das solicitações. Verificou-se que nos casos de IAM o principal exame solicitado foi o marcador de injúria cardíaca (34,1%), seguido do eletrocardiograma (24,4%) e de eletrólitos (12,2%). Em relação ao AVC, a tomografia computadorizada de crânio foi o exame mais solicitado com 20,5%, seguida de eletrólitos e hemograma (Tabela 3).

No que diz respeito ao destino dado aos pacientes, constatou-se que 93,3% não possuíam qualquer registro de seu encaminhamento relatado na ficha.

Ao analisar a legibilidade das anotações das fichas de atendimento, verificou-se que 19% se encontravam parcialmente ilegíveis e 4% totalmente ilegíveis.

Tabela 2. Comparação entre faixas etárias e as principais apresentações clínicas. HMCP, 2001.

Faixa etária	Quadro clínico				
	13 – 20	21 – 40	41 – 60	61 – 80	Acima 80
1ª	Gastrointestinal	Trauma	Trauma	Cardiovascular	Neurológico
2ª	Trauma	Sintomas gerais	Sintomas gerais	Respiratório	Cardiovascular

Nota: HMCP= Hospital e Maternidade Celso Pierro.

Tabela 3. Quadros clínicos e exames correspondentes. HMCP, 2001.

Exame \ Quadro clínico	Pequenos Traumas	BCP ¹	ITU ²	Dor Abdominal	IAM ³	AVC ⁴
1 ^o	Raios X	Raios X	Urina I	Raios X	MIC ⁵	TC ⁶
2 ^o		Hemograma	Hemograma	Hemograma	ECG ⁷	Eletrólitos
3 ^o				Urina I	Eletrólitos	Hemograma

¹ Broncopneumonia; ² Infecção do Trato Urinário; ³ Infarto do Miocárdio; ⁴ Acidente Vascular Cerebral; ⁵ Marcadores de Injúria Cardíaca; ⁶ Tomografia Computadorizada; ⁷ Eletrocardiograma; HMCP= Hospital e Maternidade Celso Pierro.

Por fim, a verificação da origem dos pacientes que procuraram o serviço demonstrou que 32,7% eram provenientes de bairros de responsabilidade de atendimento do hospital, e o restante, 67,3%, originavam-se de outras regiões. Do total, 4,9% dos pacientes eram provenientes de outros municípios, sendo Hortolândia o município com maior número de atendimentos (30,5%).

A partir da análise das fichas não foi possível avaliar se os pacientes procuravam o serviço por meio de encaminhamento de outros serviços de saúde ou por demanda espontânea.

A totalidade das fichas não continha informações a respeito do diagnóstico definitivo.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria (52,0%) das fichas avaliadas pertencia a pacientes do sexo masculino, com predomínio da faixa etária compreendida entre 21 e 40 anos (40,1%), considerando-se ambos os sexos. Estudo realizado em Florianópolis mostrou resultados semelhantes, apresentando 51,4% dos pacientes do sexo masculino e 53,6% compreendidos na faixa etária de 20 a 39 anos¹. Contrariamente, pesquisas realizadas em Santa Catarina e em Santiago do Chile apresentaram, respectivamente, 60,0% e 57,0% dos pacientes do sexo feminino^{10,11}.

A análise da literatura quanto às queixas apresentadas por pacientes em serviços de emergência revela dados que, de certa forma, convergem para resultados semelhantes. No presente trabalho

realizado no Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) foi constatado que as principais queixas apresentadas foram traumas (12,9%), sintomas gerais (12,3%) e quadros respiratórios (9,7%). Estudos realizados em três hospitais municipais da Grande São Paulo evidenciam como principais quadros os pequenos traumas, apresentando, porém, como segunda queixa mais importante os quadros respiratórios, seguidos, em terceiro, por sintomas gerais¹²⁻¹⁴. Outros estudos também realizados na Grande São Paulo mostram como principal causa de procura por atendimento problemas do aparelho respiratório, seguidos de traumas e sintomas gerais¹⁵⁻¹⁷. Pesquisas realizadas em Trinidad e Tobago (*Port of Spain Hospital*) e em Santa Catarina (Hospital Universitário da UFSC) também evidenciaram como principais motivos de procura os pequenos traumas e afecções do aparelho respiratório, tendo apresentado, porém, como terceiro motivo de procura ao serviço de urgência-emergência os distúrbios gastrointestinais (9,1%) e cardiovasculares (8,5%), respectivamente^{4,10}. Estudo realizado em Northern Ontario, Canadá (*Elliot Lake Hospital*), evidenciou como causas principais de procura ao serviço os pequenos traumas, seguidos por quadros oftalmológicos e otorrinolaringológicos e, por último, dermatológicos¹⁸. Já pesquisa conduzida no serviço de urgência do *Hospital del Salvador* (Santiago, Chile) encontrou como principal motivo de procura ao serviço de emergência os distúrbios gastrintestinais, seguidos dos pequenos traumas e alterações de comportamento¹¹ (Tabela 4).

Análise mais minuciosa demonstrou que, de forma geral, os três principais quadros apresentados

Tabela 4. Comparação dos quadros clínicos mais freqüentes e suas respectivas instituições.

Quadro clínico \ Instituição	HMCP	Grande SP (a) ¹	Grande SP (b) ²	<i>Port of Spain Hospital</i>	UFSC	<i>Elliot Lake Hospital</i>	<i>Hospital del Salvador</i>
1 ^a	Traumas	Traumas	Respiratório	Traumas	Traumas	Traumas	Gastrintestinal
2 ^a	Sintomas gerais	Respiratório	Traumas	Respiratório	Respiratório	Oftalmológicos e ORL	Traumas
3 ^a	Respiratório	Sintomas gerais	Sintomas gerais	Gastrintestinal	Cardiovascular	Dermatológico	Comportamento

¹ Hospitais das regiões de Itaquaquecetuba; Bixiga e Carapicuíba^{12,13,14}; ² Hospitais das regiões da Lapa, Grajaú e Pedreira^{15,16,17}.

em serviços de emergência alternam-se entre traumas, sintomas gerais e sintomas respiratórios. Esses quadros se repetem, de certa forma, independentemente dos fatores sociais, econômicos ou culturais.

O presente estudo evidenciou que, a partir da análise dos quadros apresentados, somente 30% dos pacientes que procuraram o serviço de emergência apresentavam quadros que realmente necessitavam desse tipo de atendimento. Estudo conduzido por Luz et al.¹ em Florianópolis evidenciou que essa porcentagem era de cerca de 15%. Os dados acima evidenciam a sobrecarga dos serviços de nível terciário com pacientes que, pela baixa complexidade das queixas, deveriam ser atendidos por serviços de nível primário ou secundário.

Estudos elencam diversos fatores como possíveis causas da sobrecarga dos serviços de emergência, a saber: o papel das consultas na garantia de fundos para manutenção de todo o aparato tecnológico; interesse de hospitais-escola em garantir grande movimento para aprendizado de estudantes; consultas negadas no serviço de atendimento primário; acesso mais fácil ao serviço de urgência do que ao serviço de atenção primária; maior rapidez no atendimento e menor burocracia; suposição, por parte do paciente, de que o médico do centro de atenção primária não seria capaz de resolver o problema; desinformação da população a respeito da função de um serviço de emergência, isto é, prioridade a casos graves^{1,10}. No estudo em discussão essa análise não foi contemplada por se tratar de um trabalho de caráter retrospectivo.

A correlação de hipóteses diagnósticas dos pacientes e a sua faixa etária demonstrou que entre 13 e 20 anos as principais queixas foram dor abdominal e pequenos traumas; entre 21 e 60 anos pequenos traumas e sintomas gerais; entre 61 e 80 anos acidente vascular cerebral (AVC) e bronco-pneumonia (BCP) e acima de 80 anos cardiopatia isquêmica (IAM) e AVC. A análise da literatura, apesar de escassa, mostra certa divergência. Estudo conduzido por Yamada et al.¹² na Grande São Paulo demonstra que, entre 15 e 49 anos, os principais achados foram sintomas gerais e traumas, e naqueles maiores de 50 anos, IAM e sintomas gerais. Outras pesquisas também conduzidas na Grande São Paulo, porém em outros hospitais, apresentam estatísticas bastante semelhantes, mostrando que entre 15 e 49 anos os principais achados foram queixas do aparelho respiratório, seguidas de sintomas gerais e traumas, e naqueles maiores de 50 anos os principais foram IAM, doença osteomuscular e doenças do aparelho respiratório^{16,17}.

Quanto às hipóteses diagnósticas e sua relação com o sexo, verificou-se em nosso estudo que no sexo masculino as principais foram trauma (15,8%) e sintomas gerais (8,7%), enquanto no feminino identificaram-se trauma (8,0%) e infecção do trato urinário (5,2%). Estudo de Ribeiro¹⁵ demonstra resultados semelhantes quanto ao sexo masculino, porém, quanto ao sexo feminino não houve concordância, apresentando doenças do aparelho respiratório como principal quadro, seguidas de IAM.

No que diz respeito à solicitação de exames laboratoriais e/ou de imagem e sua correlação com

os quadros clínicos, a literatura se mostrou novamente bastante escassa. No presente estudo, obtiveram-se como principais exames solicitados os raios X, com 25,3%, hemograma, com 17,2%, e urina simples, com 10,7% das solicitações. Já estudo conduzido por Peixoto Filho et al.¹⁰ em Santa Catarina apresentou como resultado o raios X com 31,6%, exame simples de urina com 21,2% e eletrocardiograma (ECG) com 12,1%. Porém, não foi encontrado nenhum estudo que correlacionasse o quadro clínico com os exames subsidiários solicitados para elucidá-lo.

Os dados deste estudo mostram que, de forma geral, houve coerência e racionalidade nos tipos de exames solicitados diante das mesmas hipóteses diagnósticas. Entretanto, uma análise mais aprofundada evidenciou alguns pontos falhos, dentre eles, a falta de anotação ou solicitação de ECG e marcadores de injúria cardíaca em 100% das suspeitas de cardiopatia isquêmica. No presente estudo essa porcentagem não ultrapassou 35% e 24%, respectivamente. O mesmo raciocínio se aplica aos casos suspeitos de pneumonia, nos quais a porcentagem de solicitação de raios X restringe-se a 35%. A justificativa desse achado pode estar na falta de preenchimento dos campos correspondentes aos exames solicitados. Assim, o exame pode ter sido solicitado, não tendo sido, todavia, devidamente registrado.

A taxa de encaminhamentos e/ou internações reflete o grau de complexidade dos casos que procuram atendimento nos serviços de emergência, tornando-se mais um elemento de avaliação do serviço. Evidenciou-se neste trabalho que a grande maioria dos pacientes atendidos no serviço de emergência não possuía registro de destino, o que dificulta a análise da orientação dada quanto à doença e à necessidade de continuidade de tratamento, seja na rede pública ou em ambulatorios de especialidades de referência no hospital. Na literatura, porém, há relatos do destino dado aos pacientes. Estudos em hospitais da Grande São Paulo evidenciaram diversidade de condutas, sendo a alta hospitalar e as internações hospitalares os principais

destinos dos pacientes atendidos, porém, encontram-se, também, encaminhamentos ambulatoriais ou à unidade básica de saúde e evasão do serviço^{14,17}. Já estudo conduzido por Peixoto Filho et al.¹⁰ na Região Sul do Brasil evidenciou o domicílio e os ambulatorios de especialidade como principais locais de encaminhamento, seguidos de óbitos e outros. A avaliação do destino dado aos pacientes seria de extrema importância visto que se a grande maioria tivesse como destino a internação ou mesmo o encaminhamento a serviços especializados, tal fato denotaria a validade da procura pelo serviço de emergência.

O alto índice de anotações parcial ou totalmente ilegíveis em fichas de atendimento (19% e 4% respectivamente) alerta para o descaso dos profissionais médicos com os registros de atendimento. Esse quadro, além de contribuir para a lentidão e má qualidade no seguimento dos casos, expõe o médico a possíveis processos éticos e legais. Foi evidenciado em estudo conduzido por Soares⁶ com profissionais da saúde que esses não atribuem o devido valor às anotações de consulta e/ou procedimento e parecem estar alheios, desinteressados e até mesmo desestimulados a apresentar um trabalho de qualidade. Será que a preocupação em atender o paciente com maior rapidez, como tentativa de otimizar o trabalho, sobrepõe-se à de ser questionado judicialmente, não só por dúvidas em relação a sua competência, mas também por não corresponder a uma exigência básica de registro do ato médico? Pode-se questionar também a complexidade e a falta de objetividade para o preenchimento das fichas, tornando-as pouco convidativas ao seu preenchimento integral.

Diante dos resultados discutidos ficou evidente a importância de se registrar a procedência (demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços) dos pacientes, os diagnósticos definitivos, a natureza dos atendimentos (emergências ou não), o destino dado aos mesmos, bem como a anotação dos resultados dos exames nas fichas de atendimento. O conhecimento desses dados tornaria mais consistente a análise dos processos diagnósticos, o

perfil do usuário e as características da demanda, além de fornecer subsídios para futuros estudos. Propõem-se, assim, mudanças no modelo da ficha de atendimento para o serviço de emergência de modo a incorporar aos elementos previamente existentes os seguintes itens: procedência do paciente, diagnóstico definitivo, natureza e gravidade do atendimento, destino dado ao paciente e resultados de exames. Propõe-se, também, um trabalho educativo junto aos profissionais a respeito da importância do correto preenchimento das fichas de atendimento.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que os quadros clínicos mais freqüentes atendidos no serviço de emergência, no período estudado, foram, em ordem decrescente: pequenos traumas, sintomas gerais e distúrbios respiratórios.

Quando considerado o sexo, observou-se que nas mulheres os quadros clínicos mais freqüentes foram os traumas e as infecções do trato urinário e, nos homens, traumas e sintomas gerais.

Foi possível verificar coerência entre os exames solicitados quando considerados os mesmos quadros clínicos. Constatou-se que quase a totalidade das fichas analisadas não continha registro da origem ou destino dado aos pacientes, bem como que não houve registro de diagnóstico definitivo na totalidade de fichas analisadas.

Por fim, ressalta-se que foi encontrado um número expressivo de anotações parcial ou totalmente ilegíveis nas fichas de atendimento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Luis Gustavo Herrera, à Dra. Luciana Maluf e à Dra. Tatiana Carrillo pela inestimável ajuda na coleta de dados e análise; ao Prof. Dr. Osmar Avanzi e à Dra. Helena Rolo pela análise crítica e construtiva do texto; a Alex H. George pelo auxílio na confecção dos gráficos e organização do texto.

REFERÊNCIAS

1. Luz GD, Botelho LJ, Pereira FO. Análise dos atendimentos em serviço de emergência de um hospital geral. *Arq Catarinenses Med.* 1996; 25(2):125-37.
2. Morales R. Problemática de la atención de urgencias en Lima Metropolitana. *Rev Serv Sanid Furzas Polic.* 1987; 48(2):108-32.
3. Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao Serviço de Urgência/Emergência de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
4. Kirsch TD, Hilwig WK, Holder Y, Smith GS, Pooran S, Edwards R. Epidemiology and practice of emergency medicine in a developing country. *Ann Emerg Med.* 1995; 26(3):361-7.
5. Schout D. Protocolos clínicos e padronização de procedimentos. União Nacional das Instituições de Auto Gestão em Saúde. São Paulo; 2003.
6. Soares E. Qualidade dos registros de atendimento em pronto-socorro. *Rev Enf.* 1995; 3(1):10-8.
7. Townes DA, Lee TE, Gulo S, van Rooyen MJ. Emergency medicine in Russia. *Ann Emerg Med.* 1998; 32(2):239-41.
8. Osterwalder JJ. Emergency medicine in Switzerland. *Ann Emerg Med.* 1998; 32(2):243-6.
9. Ministério da Saúde do Brasil [homepage on the Internet] Brasília: Ministério da Saúde [acesso 2004 maio 24]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs/destaque/mortalidade2001>
10. Peixoto Filho AJ, Campos HD, Botelho LJ. Serviço de emergência em clínica médica do hospital universitário da UFSC: estudo do perfil da demanda. *Arq Catarinenses Med.* 1990; 19(1):37-43.
11. Repeto A, et al. Descripción epidemiológica de la atención de adultos en un servicio de urgencias. *Rev Med Chil.* 1983; 111:1177-82.
12. Yamada ATT, Castro CGJ, Almeida MF, Garbin W, Sá ENC, Gomes MC. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Itaquaquecetuba. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; 2002.
13. Castro CGJ. O estudo da demanda do serviço de pronto atendimento de um hospital como subsídio ao modelo assistencial do Sistema Nacional de Saúde. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; 1991.
14. Castro CGJ, Almeida MF, Cardoso MRL, Bertolino ME, Sá ENC, Gomes MC. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Carapicuíba. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; 2002.

15. Ribeiro CA. O padrão de resolutividade do Pronto-Socorro Municipal da Lapa, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
16. Yamada ATT, Castro CGJ, Almeida MF, Garbin W, Sá ENC, Gomes MC. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Grajaú. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; 2001.
17. Castro CGJ, Almeida MF, Cardoso MRL, Bertolino ME, Sá ENC, Gomes MC. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Pedreira. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; 2000.
18. Harris L, Bombin M, Chi F, deBortoli T, Long J. Use of the emergency room in Elliot Lake, a rural community of Northern Ontario, Canada. *Rural and Remote Health* 4 [serial on the Internet]. 2004 [cited 2004 Jun 10]: [about 240 p]. Available from: <http://rrh.deakin.edu.au>

Recebido para publicação em 26 de agosto de 2004 e aceito em 7 de março de 2005.

