

Que Urgência?

MARIA JOSÉ FONSECA, TERESA MORENO, CARLA CRUZ, FLORBELA CUNHA

Hospital Dona Estefânia
Serviço de Urgência

Resumo

Objectivo: Caracterizar a população que utiliza o serviço de urgência, as circunstâncias que determinam a procura de um médico e as razões porque recorrem a um serviço de urgência hospitalar.

Material e métodos: Numa amostra aleatória de 1000 utentes recolhem-se os dados relativos à idade/sexo/residência/classe social/tipo de assistência médica/patologia e razões da ida ao Hospital. Registam-se depois o diagnóstico, exames complementares e, a necessidade de atendimento num serviço hospitalar é avaliada.

Resultados: Esta série (n = 1000) foi constituída por 533 (53,3%) crianças do sexo masculino e 467 (46,7%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os três dias de vida e os 15 anos (média de 3,4 anos), 92,4% provenientes da área da grande Lisboa. A grande maioria (94,2%) recorre por iniciativa própria, 46,7% nas primeiras 24 horas de doença e 26,3% já tinham consultas prévias pela mesma doença. Das várias razões apontadas como causa de consulta há a salientar 26,5% de utilizadores habituais. A patologia respiratória foi predominante (39,6%). Apenas 24,6% das situações foram consideradas urgentes, embora nem todas necessitassem do nível de cuidados de um hospital central. Não se verificaram diferenças relativamente ao grupo etário e ao estrato sócio económico, entre o grupo referenciado e o que recorreu por iniciativa própria, sendo contudo significativa a diferença destes grupos quanto à percentagem de internamentos e ao número de urgências.

Conclusão: Após análise dos resultados, propõem-se algumas soluções possíveis para o grande afluxo de crianças ao serviço de urgência, por motivos não urgentes.

Palavras-chave: Serviço de urgência, criança, consulta, urgência.

Summary

Objective: To study the population that uses the emergency services of a Central Pediatric Hospital.

Material and methods: Data concerning age/sex/social class/medical services/disease and reasons to visit an emergency unit, were collected in 1000 patients chosen randomly. Afterwards, diagnosis, complementary exams were registered and the need for attendance was quantified.

Results: A thousand children, 533 (53,3%) male and 467 (46,7%) female, between 3 days of age and 15 years (3,4 y average). The majority (94,2%) came on their own, 46,7% in the first 24 hours of the disease, 26,3% had already previous consultation for the same disease and 26,5% classified themselves as regular users.

Only 24,6% of cases were considered as urgent, although not all needed to visit a central hospital. There were no significant differences in age or socio economical status, between the group referred and the one that came on their own. There was statistic significance between the admissions and the number of cases considered as urgent.

Conclusions: These results show an unnecessary search for medical care and we conclude suggesting some possible solutions.

Key-words: Emergency department, child, consultation, urgency.

Abreviaturas: HDE – Hospital de Dona Estefânia; SU – Serviço de Urgência; SUH – Serviço de Urgência Hospitalar; SAPs – Serviços de Atendimento Permanente.

«Os serviços de urgência que temos são apenas o espelho da desorganização e da incapacidade do nosso sistema de saúde, não a sua causa.»

Celestino da Costa

Introdução

A crescente utilização dos Serviços de Urgência Pediátricos na região da grande Lisboa, é um problema complexo, mas ainda pouco estudado. Grande parte das crianças atendidas são trazidas por livre iniciativa dos pais ultrapassando, muitas vezes, os recursos de saúde locais. A maioria não apresenta situações de verdadeira urgência, reflectindo, quer falta de informação ou de confiança da população, quer insuficiente resposta dos Cuidados de Saúde Primários.

Esta superutilização do Serviço de Urgência Hospitalar (SUH), vai naturalmente reflectir-se na qualidade dos serviços prestados com insatisfação para utentes e profissionais. Impõe-se assim, uma análise cuidada da situação com uma definição clara dos objectivos das diferentes estruturas de saúde, uma

articulação funcionante entre elas e racionalização dos recursos disponíveis.

Com o presente trabalho procuramos caracterizar a população que utiliza o Serviço de Urgência (SU) do nosso hospital, as situações que determinam a procura de um médico e as razões da sua escolha. Só conhecendo as necessidades e dificuldades dos utentes se poderão delinear propostas de solução que possam vir a modificar hábitos adquiridos.

Material e métodos

O HDE é um hospital Materno-Infantil polivalente, com funções de Hospital Central especializado, actualmente com uma população directa e uma população de referência, calculadas respectivamente em 400.000 e 3.000.000 habitantes. Tem uma capacidade de 435 camas para internamento pediátrico.

Dispõe do maior serviço de urgência de pediatria médica e cirúrgica da área da grande Lisboa, com uma média diária de cerca de 300 utentes.

A amostra consistiu em 1000 doentes escolhidos aleatoriamente entre as crianças observadas no SU de Pediatria Médica, durante os meses de Abril, Maio e Junho de 1993. Após a observação da criança por um dos autores, e depois de obtida a permissão para a participação no estudo, os acompanhantes respondiam a um questionário que permitiu a caracterização sócio-demográfica, o conhecimento da assistência médica habitual, circunstâncias da consulta e razões da vinda ao SU. Posteriormente o inquérito era completado com o registo do diagnóstico, dos exames complementares realizados e a necessidade de atendimento num Serviço de Urgência Hospitalar era classificada de acordo com critérios definidos ⁽¹⁾:

- Urgência prioritária - situação necessitando de cuidados imediatos, com perigo para a vida ou função;
- Urgência simples - quando o prognóstico vital ou funcional não estava ameaçado, mas existia sintomatologia de aparecimento súbito ou de agravamento recente.
- Consulta - situação não urgente, quer devido à sua benignidade quer por não se tratar de situação de aparecimento recente.

Para registo das respostas criou-se uma base de dados em dbase III, e os resultados foram analisados usando o teste do χ^2 , valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

As idades das 1000 crianças observadas estavam compreendidas entre os 3 dias de vida e os 15 anos, com uma média de 3,4 anos. Constatou-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (M-533/F-467). A grande maioria 901 (90,1%) pertencia à raça caucasiana, 97 (9,7%) à raça negra e 2 (0,2%) à raça amarela. Cerca de 95% (956) residia no distrito de Lisboa, vindo de outros distritos 4,4% dos utentes (44) (Quadro I).

QUADRO I
População

n = 1000	S. URGÊNCIA HDE	Abril/Maio/Junho 1993
IDADE:	3 dias a 15 anos	(média - 3,4 anos)
SEXO:	M - 533 (53,3%)	F - 467 (46,7%)
RAÇA:	B - 901 (90,1%)	N - 97 (9,7%)
RESID:	ÁREA Gr. LISBOA	924 (92,4%)

Utilizando a escala de Graffard, 434 utentes foram enquadrados nas classes IV e V. Saliente-se que em 81 crianças (8,1%) pelo menos um dos pais era analfabeto e em cerca de 20, ambos (2%); apenas 51 dos progenitores possuíam formação universitária (5,1%).

Relativamente à assistência médica, 47 crianças não tinham médico assistente (4,7%), 353 eram vigiadas pelo médico de família (35,3%) e 600 por pediatra (60%), ainda que nem sempre de forma regular. Em 270, o pediatra pertencia ao Centro de Saúde (27%) e 281 recorriam a pediatras privados (28,1%) (Quadro II).

QUADRO II
Assistência Médica

SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA - 4,7%
MÉDICO DE FAMÍLIA - 35,3%
PEDIATRIA - 60,0%
{ C. S. - 27,1% P. P. - 28,1% P. O. - 4,8%

CS - Pediatra do Centro de Saúde
PP - Pediatra Privado
PO - Pediatra de outras instituições

A iniciativa da consulta, pertenceu em 942 dos casos aos próprios pais (94,2%). Apenas 58 das crianças (5,8%) foram referenciadas quer pelo médico assistente quer por outra estrutura de saúde (Fig. 1).

Embora 475 (47,5%) recorressem nas primeiras 24 horas do aparecimento da sintomatologia (Fig. 2), muitas delas (26,5%) já tinham uma ou mais consultas prévias pela mesma doença, 8,8% no mesmo hospital.

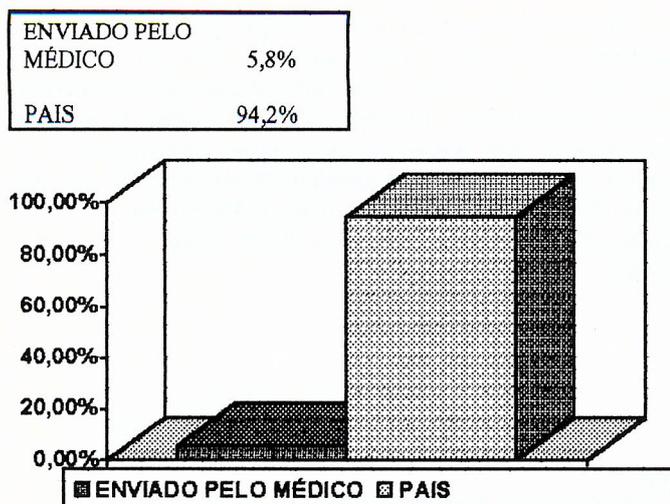


FIG 1 - Iniciativa da consulta.

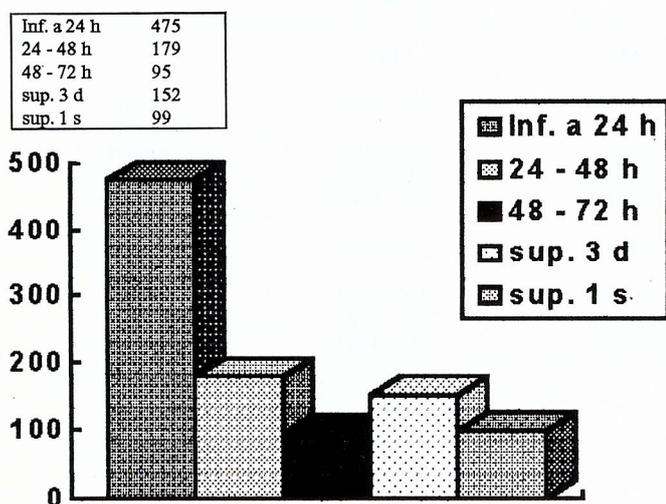


FIG 2 - Início da sintomatologia.

Foram variados os motivos referidos como causa da procura do serviço de urgência hospitalar, salientando-se que 265 consideram-se utilizadores habituais do SU do Hospital de Dona Estefânia (26,5%) (Quadro III).

QUADRO III
Razões da Ida à Urgência

Hábito	265	26,5%
O médico não atendeu	223	22,3%
Pensaram ser urgente	171	17,1%
Enviado pelo médico	110	11%
Maior confiança	87	8,7%
Outra opinião	44	4,4%
Sem médico	35	3,5%
Problema emprego	20	2,0%
Outras	97	9,7%

Quanto aos diagnósticos admitidos na altura da observação, a patologia respiratória foi predominante, 396 crianças (39,6%), seguida pelos casos com sintomas ou sinais ainda sem patologia definida, 225 (22,5%) e pelas situações infecciosas não respiratórias 160 (16%) (Fig. 3). A frequência de internamento foi semelhante à média anual 4,8% dos casos.

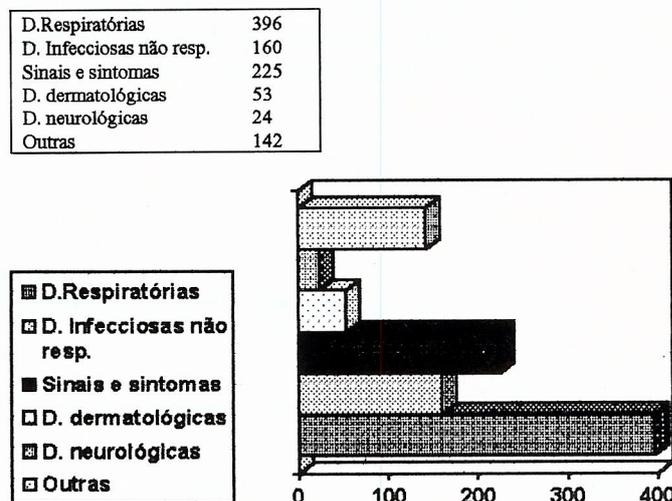


FIG 3 - Diagnósticos.

A avaliação da «urgência» da consulta revelou: urgência prioritária - 14 casos (1,4%), urgência simples - 232 casos (23,2%), consulta - 726 (72,6%) (Fig. 4).

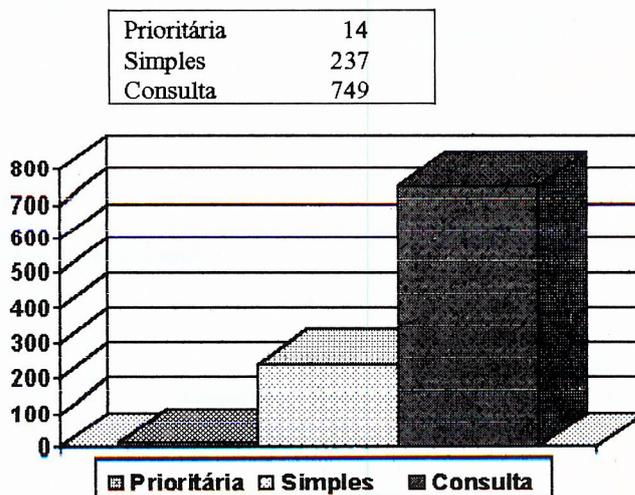


FIG 4 - Urgência.

Realizaram-se exames complementares laboratoriais em 139 crianças (13,9%) e radiológicos em 132 (13,2%).

No quadro IV faz-se a comparação entre o grupo das crianças referenciadas e as que recorrem por iniciativa dos pais, não se tendo verificado diferenças significativas relativamente ao grupo etário nem ao estrato sócio-económico. Nas situações de urgência prioritária também não se verificaram diferenças,

como seria de esperar. As situações classificadas como urgências simples foram significativamente mais numerosas nos casos referenciados, 26/58 (44,8%), relativamente aos que recorrem por livre iniciativa dos pais 221/942 (22,4%) ($p<0,001$).

Contrariamente os casos de consulta foram mais frequentes entre os que recorrem por livre iniciativa 719 (76,3%) do que quando são enviados 30 (51,8%). A percentagem de internamentos é também estatisticamente diferente ($p<0,001$) nos dois grupos, 25,9% quando referenciado e 4,6% quando de iniciativa directa.

No quadro V apresenta-se a comparação entre os grupos urgente e não urgente, relacionando cada situação com as razões que motivam a vinda ao hospital, o grupo etário e a classe social. Salientam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à razão número cinco – o hábito, que leva à urgência grande parte das situações de consulta (30%) ($p<0,001$). Também neste âmbito não se verificaram diferenças relativamente à classe social e aos grupos etários.

QUADRO IV
Comparação entre o Grupo Referenciado e o que Recorre por Iniciativa Própria

	REFERENCIADO	INICIATIVA PRÓPRIA	
TOTAL	58	942	
IDADE	< 1 ANO	13 (22%)	243 (26%) p=0,6
URGÊNCIA	Urg. Prioritária	2 (3,4%)	12 (1,3%) p=0,45
	Urg. Simples	26 (44,8%)	211 (22,4%) p<0,001 *
	Consulta	30 (51,8%)	719 (76,3%) p<0,001 *
INTERNAMENTO	15 (25,9%)	43 (4,6%)	p<0,001 *
CLASSE SOCIAL	1 e 2	12 (20%)	130 (14%) p=0,28
	3	23 (40%)	401 (43%) p=0,75
	4 e 5	23 (40%)	411 (44%) p=0,64

* Estatisticamente significativo

QUADRO V
Comparação entre os Grupos Urgente e não Urgente

		URGENTE 251	NÃO URGENTE 749	
RAZÕES	Sem médico	8 (3%)	27 (4%)	p=0,59
	O médico não atendeu	27 (11%)	196 (26%)	p<0,001 *
	Problema emprego	–	20 (3%)	p=0,01 *
	Outra opinião	5 (2%)	39 (5%)	p=0,063
	Hábito	38 (15%)	227 (30%)	p<0,001 *
	Mais confiança	13 (5%)	74 (10%)	p=0,022 *
	Enviado pelo médico	28 (11%)	30 (4%)	p<0,001 *
	Pensaram ser urgente	116 (46%)	55 (7%)	p<0,001 *
	Outras	16 (6%)	81 (11%)	p=0,029 *
IDADE	< 1 ano	60 (6%)	196 (25,6%)	p=0,95
	1 - 5 anos	124 (53,7%)	381 (50,7%)	p=0,45
	6 - 10 anos	49 (19,5%)	145 (19,4%)	p=0,95
	> 10 anos	18 (7,3%)	27 (3,6%)	p=0,02 *
CLASSE SOCIAL	1 e 2	42 (16,7%)	100 (13,5%)	p=0,25
	3	102 (40,6%)	322 (43%)	p=0,55
	4 e 5	107 (42,6%)	327 (43,7%)	p=0,81

* Estatisticamente significativo

Discussão

Apesar da abertura de novas urgências pediátricas na área da grande Lisboa, o movimento do Serviço Urgência do Hospital de Dona Estefânia, tem-se mantido praticamente constante, actualmente com uma média de cerca de 300 doentes por dia, o que traduzirá uma procura crescente dos serviços de urgência hospitalar para prestação de cuidados de saúde.

Os resultados do nosso inquérito permitem caracterizar melhor alguns aspectos. Ainda que uma percentagem importante dos utentes (40%) tenha uma situação sócio-económica precária e pelo menos 4,7%, não disponha de assistência médica, são muito mais vastas as razões que condicionam a vinda ao Serviço de Urgência. Tem sido constatada uma diferença significativa entre o modo de recurso e o nível sócio-económico dos pais, a maioria dos que recorrem por iniciativa própria pertencem geralmente a um nível sócio-económico mais baixo^(1, 2). Contrariamente ao que é referido, nós não encontramos correlação estatisticamente significativa entre a condição sócio-económica dos doentes e as razões de vinda ao SU. Salienta-se que 26,5% são utilizadores habituais, referindo que o S.U. do HDE é, por hábito, a sua primeira escolha para a procura de cuidados de saúde. Embora 95,6% tenham referido dispôr de médico assistente, apenas 5,8% dos utentes foram enviados por este ou por outra estrutura de saúde, recorrendo por livre iniciativa dos pais 94,2% dos casos. Esta livre acessibilidade é um dos factores condicionantes do grande afluxo de utentes^(1, 2, 3, 4), constatando-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) nas situações que justificariam a ida a um SUH, quando referenciadas (44,8%) ou quando de livre iniciativa dos pais (22,4%). Um outro indicador negativo será o número de consultas prévias durante o mesmo episódio de doença (26,3%), frequentemente sem que tenha havido agravamento e nalguns casos já com diagnóstico (12,7%).

Foi objectivado neste trabalho que a maioria das situações não são consideradas urgentes do ponto de vista médico, apenas 24,6% necessitariam de cuidados hospitalares, mas mesmo muitos destes não necessitariam de recorrer a um hospital central e todos os outros deveriam ter sido atendidos noutros níveis de cuidados assistenciais. A relativa benignidade da maioria dos quadros clínicos é também evidenciada pela pequena percentagem de exames complementares realizados (cerca de 12%), e de internamentos, apenas 4,8%, números semelhantes aos referidos na literatura^(5, 6, 7, 8).

O tipo de patologia observada é muito similar ao descrito noutros estudos^(5, 9), com predomínio das doenças do aparelho respiratório e outras doenças infecciosas não respiratórias. Salienta-se que em 22,5% dos casos um diagnóstico concreto não foi realizado pois as crianças apresentavam-se com sinais e sintomas inespecíficos, apenas febre sem sinais localizantes ou vómitos, etc..., muitas vezes com poucas horas de evolução.

As razões que levam os pais a recorrer ao SUH são variadas, podendo-se equacionar em diferentes níveis. Relativamente aos utentes, a curta duração do intervalo entre o início da sintomatologia (47,5% recorrem nas 1.^{as} 24 horas de doença) e a procura de serviços médicos, em situações que não são verdadeiras urgências, reflecte, quanto a nós os insuficientes conhecimentos de puericultura e dos quadros clínicos mais comuns, o que os leva a sobrevalorizar a sintomatologia. Por

outro lado esta ansiedade, é ainda agravada ainda pela pouca disponibilidade, para cuidarem dos seus filhos, consequência do estilo de vida actual e reflexo da angústia de tentarem resolver todas as situações o mais rapidamente possível, em parte devido à instabilidade actual do emprego.

O diferente conceito de urgência, quer quanto à situação patológica em si, quer relativamente aos locais de atendimento é um factor referido nos diversos estudos^(1, 2, 3) e também constatado por nós. Das razões apontadas pelos pais para a vinda ao SUH, apenas 17,1% referiam considerar a situação do seu filho urgente.

As estruturas de saúde locais com as habituais dificuldades na acessibilidade dos serviços, carência de meios técnicos e humanos estão subdimensionadas para as necessidades. 22,3% dos pais alegavam ter procurado consulta no seu Centro de Saúde e não terem sido atendidos.

Neste contexto, o hospital, com a sua disponibilidade durante 24 horas, possibilidade de realização imediata de alguns exames complementares, surge como alternativa rápida e economicamente viável^(2, 4). A maior diferenciação do pessoal, é também um factor importante, 8,7% indicavam como razão prioritária a maior confiança no atendimento hospitalar e 4,4% referiam concretamente a procura de outra opinião como razão da consulta.

Esta superutilização dos SUH reflecte assim uma falha importante na área do ambulatório e tem como consequência imediata uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados, com insuficiente satisfação das populações atendidas e dos profissionais, o que secundariamente se vai reflectir, no seu trabalho diário.

Perante este problema complexo, que soluções?

As respostas não serão fáceis e dadas as múltiplas facetas, muitas das soluções ultrapassarão as competências da instituição em causa e passarão por uma política de saúde global, com definição de prioridades e racionalização da distribuição das verbas.

Múltiplas propostas têm sido apontadas^(10, 11, 12, 13, 14):

– A criação de novos Serviços de urgência hospitalares – não nos parece ser solução eficiente, o problema é mais qualitativo que quantitativo e mantendo-se o estado actual da situação, com livre acessibilidade, será apenas mais um local a visitar no mesmo episódio de doença.

– Estabelecimento de critérios de admissão – sempre discutíveis e de difícil definição. Todavia, quanto a nós, os SUH não deverão servir para a realização de cuidados pré-hospitalares e tratamentos intermédios, cuidados que deverão ser prestados pelos serviços de ambulatório dos cuidados primários e do hospital, o que pressupõe um dimensionamento adequado dos mesmos e apetrechamento em meios humanos e de diagnósticos, que levem à confiança crescente da população.

– Revisão das áreas de influência de cada hospital, obviamente com a flexibilidade necessária para situações verdadeiramente urgentes.

– Descentralizar e reestruturar a prestação de cuidados de urgência permitindo que os utentes tenham oportunidade de ser atendidos o mais próximo possível da sua residência, sem necessidade de grandes deslocações e sempre que possível pelo seu médico.

– Implementação de uma ligação prática e funcionante com os centros de saúde da área, desenvolvendo-se canais de ligação nos dois sentidos, que permita uma troca de experiências e evite a utilização múltipla por parte dos utentes. Desenvolver um sistema de referências de doentes que racionalize e facilite, garantindo a continuidade de cuidados. Formação e actualização dos médicos de família tendo em conta também os seus interesses especiais. Facilitar a acessibilidade aos centros de saúde, ampliando o horário de atendimento criando estruturas para atendimento de casos urgentes. Ampliar também a área de consulta externa do hospital.

– Educação para a saúde da população utilizando todos os meios disponíveis, incluindo os meios de comunicação social, com o objectivo de provocar mudanças de atitude, e assim evitar o recurso indiscriminado ao S.U..

Comentário Final

Em conclusão verifica-se uma afluência exagerada ao Serviço de Urgência do HDE, na sua quase totalidade por iniciativa própria e com inadequação da procura, o que leva a uma menor qualidade dos cuidados prestados e insatisfação para utentes e profissionais. Até agora, as poucas alternativas propostas SAPs e abertura de novas urgências hospitalares não têm sido funcionantes. A melhoria do atendimento nos SU passará necessariamente pela diminuição do número de casos que aí ocorrem indiscriminadamente. Esta só será conseguida com o incremento da resposta na área do ambulatório (hospitalar e C.S.P.) e criação de serviços de atendimento de urgência nos próprios Centros de Saúde. Impõe-se uma reflexão profunda sobre o assunto de modo a que, conhecendo os interesses e necessidades dos utentes, se possam implementar soluções eficazes de modo a modificar hábitos adquiridos que condicionam a sua preferência pelos SUH.

BIBLIOGRAFIA

1. Anton M D, Pena J C, Santos R, Sempere E, Martinez J, Perula L A. Inadequate demand in a pediatric hospital emergency department: factors involved. *Med-Clin-Barc* 1992; 99(19): 743-6.
2. Prince M, Worth C. A study of inappropriate attendances to a paediatric accident and emergency department. *J-Public-Health-Med* 1992; 14(2): 177-82.
3. Pizzul M G, Canciani G, Messi G, Renier S, Rudoi I, Marchi A G. Evaluation of a pediatric emergency room: ten years later. *Minerva-Pediatr* 1992; 44(10): 469-75.
4. Whitehouse S, Kissoon N, Jass J. An unanticipated increase in patients visits to a pediatric emergency department. *J-Emerg-Med* 1992; 10(5): 637-42.
5. Lombrail P, Alfaro C, Vitoux-brot C, Brodin A. Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique. *Arch Fr Pediatr* 1993; 50: 313-7.
6. Isaacman D, Davis H. Pediatric emergency medicine: state of the art. *Pediatrics* 1993; 91(3): 587-90.
7. Nelson DS, Walsh K, Fleisher GR. Spectrum and frequency of pediatric illness presenting to a general community hospital emergency department. *Pediatrics* 1992; 90(1): 5-10.
8. Krauss BS, Harakal T, Fleisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr-Emerg-Care* 1991; 7(2): 67-71.
9. Velin P, Puig C, Dupont D, Hayem C et al. Activity of pediatric emergency departments in 1991. *Pediatric* 1992; 47(9): 635-40.
10. Beebe S A, Casey R, Magnusson M R, Pasquariello P S. Comparison of self-referred and physician-referred patients to a pediatric diagnostic center. *Clinical Pediatrics* 1993; 3: 412-16.
11. Pellerin D. A new mode of pediatric emergency care: the emergency and rapid diagnosis center of the Enfants-Malades Hospital, Paris. *Bull-Acad-Natl-Med* 1991; 175(3): 395-401.
12. Glotzer D, Sager A, Socolar D, Weitzman M. Prior approval in the pediatric emergency room. *Pediatrics* 1991; 88(4): 674-80.
13. Lourenço R, Tamborero G. Urgência em cuidados de saúde primários-situação actual e futuro. *Revista dos médicos* 1991; 9: 17-21.
14. Lemos L. O bem estar da criança num serviço de urgência. *Rev Port Pediatr* 1988; 19: 137-43.

Correspondência: Teresa Moreno
Hospital D. Estefânia – Serviço 2
R. Jacinta Marto – 1100 Lisboa