

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ALINE MARQUES ACOSTA**

**USUÁRIOS FREQUENTES DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA: PERFIL E  
MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO**

**PORTO ALEGRE**

**2012**

**ALINE MARQUES ACOSTA**

**USUÁRIOS FREQUENTES DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA: PERFIL E  
MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Maria Alice Dias da Silva Lima

**PORTO ALEGRE**

**2012**

### CIP - Catalogação na Publicação

Acosta, Aline Marques

Usuários frequentes de um serviço de urgência:  
perfil e motivos de busca por atendimento / Aline  
Marques Acosta. -- 2012.

147 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Serviços Hospitalares de Emergência. 2.  
Enfermagem em Emergência. 3. Necessidades e Demandas  
de Serviços de Saúde. I. Lima, Maria Alice Dias da  
Silva, orient. II. Título.

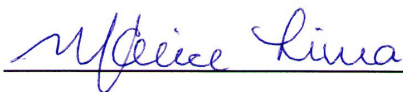
## ALINE MARQUES ACOSTA

**Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 23 de novembro de 2012.

### BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente da Banca – Orientadora

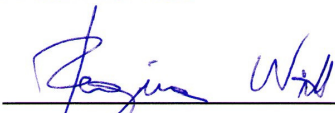
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

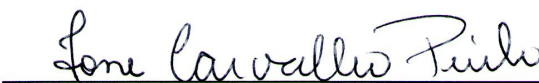
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Membro da banca

USP/RP

*Dedico este trabalho ao meu primo Lucas e a minha cunhada Laura, que são usuários frequentes de serviços de urgência.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho.

Aos usuários do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), motivadores e participantes desta pesquisa, pela disponibilidade, generosidade e informações prestadas.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Alice Dias da Silva Lima, orientadora do meu curso de Mestrado, por ter compartilhado comigo seus conhecimentos, pela enorme paciência, dedicação e carinho durante essa trajetória.

Às professoras Lisiane Paskulin, Regina Witt e Ione Pinto, integrantes da banca do Exame de Qualificação, pela participação e contribuição para o desenvolvimento deste estudo.

À equipe de Enfermagem do Serviço de Emergência do HCPA, pela acolhida e auxílio nos momentos de dúvidas sobre a organização da unidade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS pelos momentos de aprendizagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, o qual possibilitou minha dedicação exclusiva ao curso.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo ensino público de excelência.

Aos colegas do PPGENF, pela convivência fraterna e pelo companheirismo.

Aos amigos e parceiros do Grupo de Estudo em Saúde Coletiva, pelas discussões e pelo apoio durante o período de realização desta pesquisa.

Aos meus pais, minha irmã, meu namorado e demais familiares e amigos por estarem sempre comigo, torcendo por mim e vibrando com as minhas conquistas.

## RESUMO

O estudo teve como objetivo geral analisar a utilização frequente por usuários adultos do serviço de urgência de um hospital universitário. Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos do tipo explanatório sequencial. Foi realizada uma etapa de caráter quantitativo para descrever as características demográficas e clínicas dos usuários frequentes do serviço de urgência e identificar as características da utilização de serviço de urgência por usuários frequentes. A seguir, foi realizada uma etapa qualitativa, com o propósito de explorar os motivos da utilização frequente do serviço de urgência. Os dados quantitativos foram coletados por meio de registros dos prontuários eletrônicos dos pacientes, a partir de uma amostra de 385 usuários frequentes do Serviço de Emergência de um hospital universitário da região sul do Brasil. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas por telefone com 18 usuários frequentes, selecionados por uma amostra intencional. Os dados da etapa quantitativa foram analisados no Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), pela utilização de técnicas de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Para o tratamento dos resultados qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, com a utilização do software Atlasti.6. Os resultados evidenciam que os usuários frequentes são responsáveis por cerca de 24% do total de atendimentos realizados no serviço de urgência. O número de reincidências no serviço variou de 4 a 58 vezes, tendo uma média de 6,59 vezes. A maioria da demanda desses indivíduos no serviço ocorreu em dias úteis (81,3%) e no turno da manhã (58,4%). Os usuários frequentes são um grupo com características heterogêneas, mas com fatores que os tornam mais vulneráveis, como a idade avançada, a baixa escolaridade e a alta prevalência de condições crônicas. Apesar de existir um grupo de pessoas que têm problemas de saúde de caráter não urgente e que permaneceram menos de uma hora no serviço, de forma geral usuários frequentes são classificados com níveis de risco mais elevados, permanecem mais tempo no serviço e têm alta taxa de mortalidade e de internação hospitalar. A busca da unidade de urgência pelos usuários frequentes foi decorrente principalmente de exacerbação ou complicação de condições crônicas e, em menor escala, de agravos agudos recorrentes ou de tratamento prolongado. Para eles, o seu estado de saúde era uma situação de urgência e exigia atendimento imediato. Foram identificados quatro aspectos relacionados à organização da atenção à saúde que configuram a busca repetida por atendimento no setor de urgência: a facilidade de acesso, a capacidade de resolutividade, o vínculo e os retornos agendados para o serviço. A maioria dos indivíduos utilizava também outros serviços de saúde, como a atenção

primária e o ambulatório do hospital. Os resultados evidenciaram o perfil dos usuários frequentes e indicaram lacunas no sistema de saúde, contribuindo para melhor compreensão acerca da busca repetida por atendimento nos serviços de urgência. Concluiu-se que usuários frequentes do serviço de urgência têm pior estado de saúde, necessitando de cuidados em toda rede assistencial.

**Título:** Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento.

**Descritores:** Serviços Hospitalares de Emergência, Enfermagem em Emergência, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.



## ABSTRACT

The present study aimed to analyze the frequent use of the emergency service of a university hospital by adult users. A sequential explanatory design was adopted in this mixed method research. A quantitative stage was performed to describe the demographic and clinical characteristics of frequent users of emergency services and to identify the characteristics of emergency service use by these users. A qualitative stage was subsequently performed, aiming to explore the reasons for frequent emergency service use. Quantitative data were collected from patients' online medical records in a sample comprised of 385 frequent users of the emergency service of a university hospital in Southern Brazil. Qualitative data were obtained from semi-structure interviews conducted by telephone with 18 frequent users, selected by intentional sample. Data from the qualitative stage were analyzed with the Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS), as it uses descriptive and inferential statistical techniques with a 5% significance level ( $p < 0.05$ ). Thematic content analysis was used to treat the qualitative results, using the Atlasti.6 software. The results show that frequent users were responsible for approximately 24% of all emergency service visits. The number of service recurrences varied from four to 58 times and the mean was 6.59 times. Most of the demand for this service occurred on weekdays (81.3%) and in the morning shift (58.4%). Frequent users comprise a group with heterogeneous characteristics, although with factors that caused them to be vulnerable, such as advanced age, low level of education and high prevalence of chronic conditions. Despite the existence of a group of individuals with health problems considered not to be urgent who remained in the service for less than an hour, frequent users were usually categorized into higher risk levels, remained in the service for longer periods and had high mortality and hospitalization rates. The search for emergency services by frequent users mainly resulted from the exacerbation or complication of chronic conditions and, to a lesser degree, from recurrent acute health problems or those with a long period of treatment. According to these users, their health status was an urgent matter and required immediate treatment. This study identified four aspects associated with the health care organization, which represent the continuous search for emergency care: easy access to this service, higher resolvability, the connection between patients and service and the follow-up visits booked for this service. The majority of individuals also used other health services, such as primary care units and the hospital's outpatient clinic. The results revealed the profile of frequent users and indicated gaps in the health system, thus contributing to better understanding of the continuous search for care in emergency services. It could be concluded

that frequent users of emergency services have poorer health conditions, requiring care from the entire health network.

**Title:** Frequent Users of an Emergency Service: Profile and Reasons to Seek Care

**Descriptors:** Hospital Emergency Services, Emergency Nursing, Health Service Needs and Demands.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo general analizar la utilización frecuente por parte de pacientes adultos del servicio de urgencias de un hospital universitario. Investigación de métodos mixtos, del tipo explicativo secuencial. Fue realizada una etapa cuantitativa para describir las características demográficas y clínicas de la utilización del servicio de urgencia por parte de pacientes frecuentes. Posteriormente, fue efectuada una etapa cualitativa, con el objeto de explorar los motivos de la utilización frecuente del servicio de urgencias. Los datos cuantitativos fueron recolectados mediante registro de las historias clínicas electrónicas de los pacientes, a partir de una muestra de 385 pacientes frecuentes del Servicio de Emergencias de un hospital universitario de la región Sur de Brasil. Los datos cualitativos se obtuvieron mediante entrevistas telefónicas semiestructuradas con 18 pacientes frecuentes, seleccionados según una muestra intencional. Los datos de la etapa cuantitativa fueron analizados con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), utilizando técnicas de estadística descriptiva e inferencial con nivel de significatividad de 5% ( $p < 0,05$ ). Para el tratamiento de los resultados cualitativos, se utilizó el análisis de contenido temático, apoyada por el software Atlasti.6. Los resultados evidencian que los pacientes frecuentes son responsables de cerca del 24% del total de atenciones realizadas en el servicio de urgencia. El número de reincidencias en el servicio varió de 4 a 58 veces, promediando 6,59 veces. La mayor parte de la demanda de tales individuos en el servicio sucedió en días hábiles (81,3%) y en el turno matutino (58,4%). Los pacientes frecuentes son un grupo con características heterogéneas, pero con factores que los vuelven más vulnerables, como la edad avanzada, la baja escolarización y la alta prevalencia de condiciones crónicas. A pesar de existir un grupo de personas que sufren de problemas de salud de carácter no urgente y que permanecen menos de una hora en el servicio, en general los pacientes frecuentes son clasificados con niveles de riesgo más elevados, permanecen más tiempo en el servicio y tienen alta tasa de mortalidad y de internación hospitalaria. La búsqueda de la unidad de urgencia por parte de los pacientes frecuentes derivó principalmente de la exacerbación o complicación de condiciones crónicas y, en menor escala, de padecimientos agudos recurrentes o de tratamiento prolongado. Para ellos, su estado de salud constituía una situación de urgencia y exigía atención inmediata. Fueron identificados cuatro aspectos relacionados a la organización de la atención sanitaria que configuran la búsqueda reiterada de atención en el sector de urgencias: la facilidad de acceso, la capacidad de resolución, el vínculo y las visitas de retorno al servicio agendadas. La mayoría de los individuos utilizaba también otros servicios de salud, como la atención

básica y el ambulatorio hospitalario. Los resultados evidenciaron el perfil de los pacientes frecuentes e indicaron carencias en el sistema de salud, contribuyendo a una mejor comprensión de la búsqueda reiterada de atención en los servicios de urgencia. Se concluyó en que los pacientes frecuentes del servicio de urgencia sufren un peor estado de salud, necesitando de cuidados en toda red asistencial.

**Título:** Pacientes frecuentes de un servicio de urgencias: perfil y motivos de búsqueda de atención.

**Descriptores:** Servicios de Urgencia en Hospital; Enfermería de Urgencia; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 1 -</b>	Descrição de um projeto de pesquisa com estratégia explanatória sequencial .....	38
<b>Quadro 1 -</b>	Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a porcentagem (%) da variável de queixa principal, Porto Alegre, 2012 .....	58
<b>Quadro 2 -</b>	Descrição das categorias e dos achados encontrados na etapa qualitativa do estudo, Porto Alegre, 2012 .....	79

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Classificação de usuários frequentes por grupos, com relação a frequência e porcentagem, Porto Alegre, 2012 .....	50
<b>Tabela 2 -</b>	Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de sexo, Porto Alegre, 2012 .....	50
<b>Tabela 3 -</b>	Descrição da amostra segundo a frequência (n), média, desvio padrão dos grupos de usuários frequentes, estratificados pela idade, Porto Alegre, 2012 .....	52
<b>Tabela 4 -</b>	Descrição da amostra segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grupo etário, Porto Alegre, 2012 .....	53
<b>Tabela 5 -</b>	Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de estado conjugal, Porto Alegre, 2012 .....	55
<b>Tabela 6 -</b>	Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grau de instrução, Porto Alegre, 2012 .....	56
<b>Tabela 7 -</b>	Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a porcentagem (%) da variável de queixa principal, Porto Alegre, 2012 .....	61
<b>Tabela 8 -</b>	Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de cidade de residência, Porto Alegre, 2012 .....	63
<b>Tabela 9 -</b>	Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de Gerência Distrital, Porto Alegre, 2012 .....	63
<b>Tabela 10 -</b>	Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de procedência, Porto Alegre, 2012 .....	64
<b>Tabela 11 -</b>	Descrição da amostra segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de retorno agendado para o serviço de urgência, Porto Alegre, 2012 .....	66
<b>Tabela 12 -</b>	Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de dia de atendimento, Porto Alegre, 2012 .....	66

<b>Tabela 13</b> - Descrição da amostra segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grupos de dia de atendimento, Porto Alegre, 2012 ....	67
<b>Tabela 14</b> - Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de turno de atendimento, Porto Alegre, 2012 .....	67
<b>Tabela 15</b> - Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de classificação de risco, Porto Alegre, 2012 .....	69
<b>Tabela 16</b> - Correlação não-paramétrica entre as variáveis de reincidência no serviço de urgência e de classificação de risco obtida no último atendimento, Porto Alegre, 2012 .....	69
<b>Tabela 17</b> - Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grupos de classificação de risco, Porto Alegre, 2012 .....	70
<b>Tabela 18</b> - Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012 .....	72
<b>Tabela 19</b> - Correlação não-paramétrica entre as variáveis de reincidência e de tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012 .	72
<b>Tabela 20</b> - Descrição da amostra segundo a frequência, média, desvio padrão, mínimo e máximo da variável de classificação de risco, estratificado pelo tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012 .....	73
<b>Tabela 21</b> - Descrição da amostra segundo a porcentagem (%) da variável de destino após alta, estratificado pelo tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012 .....	74
<b>Tabela 22</b> - Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de desfecho após atendimento do serviço de urgência, Porto Alegre, 2012 .....	75

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANOVA	Análise de Variância
CGTI	Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação
COMPESQ/EE	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
SAMIS	Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SI	Unidade Semi-Intensiva
SIB	Sala de Internação Breve
SO	Sala de Observação
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UAF	Usuários Altamente Frequentes
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UMF	Usuários Moderadamente Frequentes
UP	Unidade Pediátrica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPF	Usuários Pouco Frequentes
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UV	Unidade Vascular



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Organização da atenção às urgências .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Utilização dos serviços de urgência .....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização do estudo .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Campo do estudo .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra .....</b>	<b>40</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados .....</b>	<b>43</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise de dados .....</b>	<b>44</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Características demográficas e clínicas dos usuários frequentes do serviço de urgência .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Padrão da utilização do serviço de urgência por usuários frequentes ....</b>	<b>62</b>
<b>5.2</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA .....</b>	<b>78</b>
<b>5.2.1</b>	<b>“Quando é uma complicação, já vou para a emergência” – os motivos clínicos da busca por atendimento no serviço de urgência .....</b>	<b>80</b>
<b>5.2.2</b>	<b>“A gente prefere ir na emergência do que num posto de saúde” – a influência da organização da atenção à saúde na busca frequente pelo serviço de urgência .....</b>	<b>87</b>
<b>5.2.3</b>	<b>“Eu praticamente vivo neles [consultórios médicos]” – a utilização de outros serviços de saúde .....</b>	<b>100</b>
<b>5.2.4</b>	<b>“Vantagem nenhuma. Bom seria eu não procurar” – as desvantagens da utilização do serviço de urgência .....</b>	<b>106</b>

<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO INTEGRADA DAS ETAPAS QUANTITATIVA E</b>	
	<b>QUALITATIVA .....</b>	<b>111</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>119</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>125</b>
	<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>140</b>
	<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>143</b>
	<b>ANEXO A .....</b>	<b>145</b>
	<b>ANEXO B .....</b>	<b>146</b>
	<b>ANEXO C .....</b>	<b>147</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência constituem um importante componente da assistência à saúde (SOUZA et al, 2011). São serviços que oferecem tratamento imediato e provisório a pessoas acometidas por acidentes ou enfermidades imprevistas, que não podem ser atendidas em outros níveis assistenciais (CARRET et al, 2011; ASPLIN et al, 2003). Assim, têm como prerrogativa atender a população acometida por agravos agudos de qualquer natureza e de diferentes níveis de gravidade (WEIS et al, 2010; BRASIL, 2006).

Nos últimos anos, identificou-se mundialmente um aumento da procura pelos serviços de urgência (XU; NELSON; BERK, 2009; NAWAR; NISKA; XU, 2007; DERLET; RICHARDS, 2000). No Brasil, também ocorreu esse fenômeno (BARAKAT, 2004), embora o sistema de saúde tenha passado por um processo de reorientação do modelo assistencial, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da construção da rede de atenção à saúde. Nessa nova forma de organização do sistema de saúde brasileiro, esperava-se que a ênfase na assistência curativista fosse superada e que a demanda aos serviços de urgência diminuísse (MENDES, 2008), já que o acesso aos serviços de saúde seria ordenado pela atenção primária (BRASIL, 2011a).

Contudo, observa-se que muitos usuários têm demonstrado uma persistente preferência na procura pelos serviços clássicos de urgência, como o pré-hospitalar móvel, as unidades de pronto atendimento e as urgências hospitalares. Dessa forma, tais serviços têm sido uma importante porta de entrada para o sistema de saúde. A utilização dos serviços de urgência pode dar um panorama do funcionamento do sistema de saúde da região onde estão inseridos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Assim, a utilização frequente pode ser resultado da insuficiência na operacionalização do sistema hierarquizado conforme complexidade de atendimento. Dessa forma, a procura frequente pelos serviços de urgência pode indicar obstáculos na utilização da rede de serviços ou a vulnerabilidade de pessoas que realmente necessitam do atendimento de urgência repetidamente.

O interesse pela temática surgiu a partir da minha trajetória acadêmica. Durante o curso de graduação em Enfermagem participei do Programa de Iniciação Científica, em que me inseri em projetos de pesquisa relacionados à estruturação da rede de serviços de saúde para o atendimento às situações de urgência, desenvolvidos pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC). Como bolsista, auxiliei no desenvolvimento de estudos sobre a atenção às

urgências na atenção primária, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de Porto Alegre.

Concomitantemente com a pesquisa, realizei estágios curriculares em serviços de urgência hospitalar, desenvolvendo atividades assistenciais e gerenciais com o contato direto com usuários e familiares. Dessa forma, observei que existiam usuários que utilizavam repetitivamente os serviços de urgência e que muitas vezes, na visão dos profissionais de saúde, necessitavam de atendimento ambulatorial, que poderia ser realizado em outros serviços da rede assistencial. Contudo, a meu ver, a procura frequente pelos serviços de urgência não é determinada apenas pela percepção por parte do usuário de um agravo de saúde que oferece risco à vida, mas envolve diversos outros motivos que influenciam e estabelecem a utilização do serviço.

Realizei uma revisão integrativa no meu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (ACOSTA, 2010) sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência, que me proporcionou uma aproximação e um aprofundamento acerca das questões relacionadas a esses indivíduos. Assim, inquietações referentes às características dos usuários frequentes e os motivos que os levam a procurar os serviços de urgência no Brasil iniciaram durante a minha trajetória acadêmica e motivaram a elaboração desta pesquisa.

Devido à constante preocupação com a superlotação desses serviços, estudiosos internacionais têm focalizado o interesse nas pessoas que buscam repetidamente esses serviços. Também conhecidos como hiperutilizadores, usuários frequentes dos serviços de urgência são aqueles indivíduos que fazem muitas visitas em determinado período de tempo. Mesmo sendo objeto de estudo de diversas pesquisas, ainda não há um consenso sobre o número de visitas a partir do qual o usuário é considerado frequente. Conforme Locker et al (2007), não há clara ruptura entre a distribuição de frequência esperada para usuários frequentes e eventuais, mas um ponto de corte deve ser determinado para cada serviço, fundamentado na impossibilidade da classificação de um usuário eventual em frequente. De forma geral, os limites utilizados nos estudos variam de 3 a 20 visitas ao serviço no período de um ano (12 meses) (PINES et al, 2011; LACALLE; RABIN, 2010; LOCKER et al, 2007; JELINEK et al, 2008; OLSSON; HANSAGI, 2001).

Estudos realizados no Canadá, Estados Unidos da América (EUA), Portugal e Itália identificaram que esses usuários representam, respectivamente, 0,3%, 8%, 9,7% e mais de 12% do total de usuários que buscam atendimento nas urgências hospitalares desses países (OLIVEIRA, 2008; GIUSEPPE et al, 2008; HUNT et al, 2006; CHAN; OVENS, 2002). No Brasil, um estudo realizado em um serviço de urgência em Pelotas identificou que quase 20%

dos indivíduos utilizaram três ou mais vezes o serviço no período de um ano e 5,9% consultaram três ou mais vezes em três meses (CARRET et al, 2011).

Apesar de serem na maioria das vezes em pequeno número comparado ao total de pessoas que buscam os serviços, usuários frequentes são responsáveis por uma elevada porcentagem da demanda. Pesquisas internacionais mostram que esses indivíduos contribuem de 20% a 33% da procura pelos serviços de urgência (OLIVEIRA, 2008; HUNT et al, 2006; MANDELBERG; KUHN; KOHN, 2000). Em Massachusetts nos Estados Unidos, Fuda e Immekus (2006) identificaram que apenas 1% dos residentes do município era responsável por quase 18% de todos os atendimentos realizados nos serviços de urgência. Já na região de Ontário, no Canadá, embora o número de usuários frequentes seja menor (0,3%), estima-se que tenha pelo menos um usuário frequente por turno de trabalho nas unidades hospitalares da região (OVENS; CHAN, 2001).

A utilização frequente dos serviços de urgência tem se tornado uma preocupação para gestores e profissionais da saúde, pois gera mais custos para o sistema de saúde, como também auxilia na sobrecarga e superlotação dos serviços envolvidos. Além disso, apesar dos esforços públicos, a utilização frequente está aumentando, intrigando ainda mais os estudiosos. Nos Estados Unidos, foram analisadas as mudanças no perfil das pessoas que utilizaram os serviços de urgência entre 1996 e 2005, constatando que está aumentando a quantidade de usuários frequentes (XU; NELSON; BERK, 2009). Estudo realizado em Portugal notou que um único indivíduo frequentou a urgência hospitalar 401 vezes (OLIVEIRA, 2008). Já, em Perth, Austrália, autores identificaram que um usuário buscou atendimento 218 vezes no ano de 2006, e esta série máxima de visitas por pessoa parece estar aumentando também (JELINEK et al, 2008).

Para muitos profissionais de saúde, não está esclarecido o motivo de algumas pessoas necessitarem de atendimentos de urgência tão frequentemente. Algumas vezes, o usuário que procura o serviço repetidamente é estigmatizado pelos profissionais, sendo chamado de “poliqueixoso” ou “paciente problema”. Uma pesquisa realizada com enfermeiros de um serviço de urgência dos EUA identificou que termos como “abusadores do sistema de saúde” e “pesadelos” são usados pelos profissionais para se referir a estes usuários (MALONE, 1996).

Ainda, o indivíduo é muitas vezes responsabilizado e até culpabilizado pela sua situação de urgência, sendo que, na percepção dos profissionais, o usuário frequente geralmente apresenta diversas queixas difusas e indevidas para o serviço de urgência (MEHLMADRONA, 2008). Os profissionais identificam que grande parte dessas pessoas não

apresenta agravos severos nem urgentes. No entanto, no estudo de Lucas e Sanford (1998) se identificou que 72% dos usuários frequentes procuraram a urgência hospitalar por acreditarem que seu problema de saúde era moderadamente ou altamente grave, sendo que 58% achavam que necessitavam de um atendimento imediato. Sandoval et al (2010) constataram que esses indivíduos têm pior estado de saúde, além de grandes dificuldades para atividades físicas rotineiras e níveis maiores de estresse, se comparados aos usuários eventuais.

Uma revisão integrativa sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência identificou ainda que eles são social e economicamente mais vulneráveis, além de apresentarem problemas de saúde precários, geralmente associados a doenças crônicas, dor ou dependência de álcool (ACOSTA, 2011). Byrne et al (2003), num estudo realizado na Irlanda, verificaram que 82% dos usuários frequentes tinham baixos rendimentos econômicos, 11% apresentavam maior nível de problemas psicológicos, 38% utilizavam drogas e álcool e muitos tinham baixos níveis de suporte social.

Isso indica que a utilização frequente dos serviços de urgência ultrapassa as barreiras do setor saúde, necessitando da articulação com demais setores, tais como o sanitário, o social, a educação, a cultura, a justiça, etc. Na saúde, observa-se que essas pessoas necessitam de acompanhamento contínuo nos diversos níveis da rede de atenção à saúde, tanto na atenção primária para o controle de doenças e prevenção de agravos, quanto dos serviços de urgência na exacerbação das doenças.

Porém, receia-se que os serviços de urgência tenham se tornado a única fonte de cuidado para alguns usuários, principalmente àqueles que se apresentam repetidamente no serviço. Em estudo realizado em município do interior de São Paulo, Souza, Figueiredo e Pinto (2010) constataram que a maioria de usuários frequentes não faz acompanhamento em outro serviço de saúde. Conforme Cecílio (1997), o atendimento apenas nos serviços de urgência para os indivíduos é paliativo e pontual, na base da queixa-conduta, ainda que frequente, mas é fragmentado, descontínuo e, portanto, insuficiente para a resolução de seus problemas de saúde.

Pode-se entender a utilização frequente dos serviços de urgência como um processo cíclico. O indivíduo que já é vulnerável, quando admitido num serviço de urgência é exposto a vários outros agravantes, tais como múltiplos exames diagnósticos, procedimentos invasivos, polifarmácia e infecção hospitalar. Dessa forma, o indivíduo fica mais vulnerável ainda, podendo utilizar cada vez mais os serviços de urgência.

O usuário portador de doença crônica é um exemplo nítido de como funciona o ciclo de utilização desses serviços. A condição crônica necessita de um acompanhamento contínuo

e requer ações tanto de caráter continuado quanto de pronto atendimento (MARQUES, 2010; MATTOS, 2008). Os serviços de urgência se tornam imprescindíveis no momento em que ocorre uma exacerbação da doença, por exemplo, uma crise hipertensiva ou um acidente vascular encefálico devido à hipertensão arterial não controlada. Contudo, o bom manejo e assistência da atenção primária poderiam evitar a reincidência de agudizações de condições crônicas. Caso o usuário não tenha acesso aos serviços da atenção primária, tornam-se mais frequentes as exacerbações e a utilização do serviço de urgência, num processo cíclico.

Assim, infere-se que o ciclo de utilização dos serviços de urgência poderia ser interrompido, ou minimizado, se outros serviços de saúde acolhessem esses usuários e desenvolvessem atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos, conforme as necessidades de cada indivíduo. Nessa perspectiva, o acesso universal e a utilização dos serviços da rede de atenção à saúde se tornam essenciais para diminuir e evitar reincidências nos serviços de urgência.

Entretanto, não é possível afirmar que apenas o acesso a outros serviços de saúde evitaria a utilização frequente dos serviços de urgência, já que estudos na Suécia e Estados Unidos mostram que indivíduos que utilizam muitas vezes os serviços de urgência são usuários frequentes em outros serviços de saúde (LACALLE; RABIN, 2010; JELINEK et al, 2008; OVENS; CHAN, 2001; LUCAS; SANFORD, 1998). Concordando com isso, Souza (2010), Marques (2010) e Lima et al (2007) relatam que diversos fatores influenciam na escolha do usuário com relação à procura pelos serviços de saúde, como a acolhida, as condições de acesso, a estrutura física, as tecnologias disponíveis, entre outros.

Nos Estados Unidos da América, devido à discussão atual sobre a reforma do sistema de saúde nos últimos anos, ampliou-se o interesse no estudo desses usuários. Políticos dos principais partidos do país e a imprensa debateram sobre a necessidade de diminuição da utilização dos serviços de urgência, a fim de reduzir os custos da área da saúde (LACALLE; RABIN, 2010). Outros países da Europa, Oceania e Ásia têm desenvolvido pesquisas sobre esses indivíduos, porém no Brasil essas são escassas.

Assim, considerando que os usuários frequentes são ainda um campo desconhecido no Brasil, onde a utilização dos serviços, as políticas e o sistema de saúde são bastante diferenciados dos demais países, torna-se relevante a investigação sobre os usuários frequentes de serviços de urgência. A partir deste contexto, questiona-se: Qual o perfil dos usuários frequentes de um serviço de urgência hospitalar? Quais os motivos da utilização frequente de um serviço de urgência hospitalar?

Entende-se que este estudo poderá contribuir para a Enfermagem, que atua na assistência e no gerenciamento dos serviços de saúde, oferecendo subsídios para se pensar estratégias para diminuir a busca pelo serviço, como também qualificar a assistência nos serviços de urgência. A caracterização dos usuários frequentes poderá auxiliar a identificar determinantes e condicionantes para readmissões frequentes, assim como predizer pessoas que estão em risco de se tornarem ou permanecerem usuários frequentes. Explorar os motivos da utilização frequente poderá fornecer uma visão de como melhor lidar com essa questão. Ainda, este estudo poderá indicar e identificar lacunas na utilização do sistema de saúde. No campo científico, haja vista a dinamicidade da produção do conhecimento, esta pesquisa poderá estimular novas investigações frente à problemática exposta e aos achados do mesmo.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar a utilização frequente por usuários adultos do serviço de urgência de um hospital universitário.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as características demográficas e clínicas dos usuários frequentes do serviço.
- Identificar as características da utilização do serviço de urgência por usuários frequentes.
- Identificar fatores associados à utilização do serviço de urgência por usuários frequentes.
- Analisar os motivos dos usuários para utilização frequente do serviço.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo será apresentada a revisão de literatura que sustenta o desenvolvimento da pesquisa, estruturada nos seguintes tópicos: Organização dos serviços de atenção às urgências no Brasil e Utilização dos serviços de urgência.

#### **3.1 Organização dos serviços de atenção às urgências no Brasil**

O sistema de saúde brasileiro sofreu modificações nos últimos anos, sendo que sua organização é marcada por lutas e desafios na tentativa de melhoria da qualidade da assistência à população (ROCHA, 2005). A partir da reforma sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi proposta uma reorganização político-administrativa, utilizando novos modelos de atenção à saúde, com base em princípios institucionais, tais como o da universalidade de acesso aos serviços de saúde, da integralidade de assistência e da hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1988). Assim, compete ao SUS prestar assistência à população por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde articuladas em serviços preventivos e curativos, com atividades individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade da rede assistencial.

Como a legislação do SUS não trata especificamente da atenção às urgências, a publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003, foi um importante marco para a reorganização do sistema de saúde. Ciconet (2009) argumenta que a ausência de uma política específica possa justificar o fato das urgências terem sido tratadas de modo episódico até 2003, com projetos e programas que operavam como sistemas próprios, à margem das instituições.

A PNAU foi formulada coletivamente por técnicos, gerentes e gestores de saúde ao longo de uma década de debates. Instituída pela Portaria GM nº 1863, estabelece como componentes fundamentais a adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida e saúde, a organização de redes locais de atenção integral às urgências, a instalação e operacionalização das Centrais de Regulação Médica das Urgências, a capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da rede e a orientação dessa atenção pelos princípios da humanização (RBCE, 2011; BRASIL, 2006).

A política propõe a estrutura de uma rede de atenção às urgências que tem o propósito de garantir o atendimento qualificado, equânime, universal e integral às urgências de baixa,

média e alta complexidade de caráter clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico, psiquiátrico, pediátrico e relacionado às causas externas (traumatismos, violências e suicídios). Conforme a PNAU, é considerado como urgência todo agravo que tenha risco de morte ou complicação grave à saúde, que necessite de atendimento rápido e qualificado (BRASIL, 2006).

Mendes (2008) caracteriza uma rede de atenção à saúde por um conjunto de serviços de saúde organizados poliarquicamente e hierarquicamente, vinculados entre si por uma missão única, por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população. Assim, o SUS conta com serviços de níveis primários, secundários e terciários, que são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente para desenvolver a integralidade do cuidado às situações de urgência. Dessa forma, o atendimento aos usuários com quadros agudos é prestado por todas as portas de entradas dos serviços de saúde do SUS, que possibilitam resolutividade à demanda, ou transferem para um serviço de maior/menor complexidade que possa dar a resolutividade.

O fluxo ascendente e descendente de usuários nos serviços de saúde, em relação à complexidade do atendimento, é dado a partir de mecanismos de referência e contrarreferência, respectivamente, que são organizados e pactuados em redes locais/regionais de atenção integral às urgências. São as Centrais de Regulação Médica das Urgências que ordenam o fluxo e as medidas de transferência dos usuários, articulando-se com os serviços da rede e com as demais centrais de regulação, como as de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, consultas especializadas e da atenção primária, etc. Assim, as Centrais de Regulação Médica das Urgências constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário a multiplicidade de respostas correspondentes às suas necessidades (BRASIL, 2006). A articulação dos serviços de saúde no que diz respeito ao fluxo de usuários é necessária para garantir o adequado atendimento e a continuidade da assistência. Para isso, é fundamental que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede.

Conforme a Portaria nº 1600, publicada em julho de 2011, a rede é constituída pelos seguintes componentes: a) Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; b) Atenção Básica em Saúde; c) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; d) Sala de Estabilização; e) Força Nacional de Saúde do SUS; f) Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; g) Hospitalar, e h) Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011b).

O componente hospitalar diz respeito às portas hospitalares de urgência, às enfermarias de retaguarda, aos leitos de cuidados intensivos, aos serviços de diagnóstico por

imagem e de laboratório e às linhas de cuidados prioritários (BRASIL, 2011b). Trata-se do componente de maior complexidade tecnológica, que deve ter horário de funcionamento ininterrupto, deve contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados para ser o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência de moderada e severa gravidade (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 1600/2011 define que a rede de atenção às urgências deve ser implementada em todo território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional, priorizando, então, linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas (BRASIL, 2011b). Essa estratégia foi adotada devido à mudança no perfil sócio demográfico da população brasileira, em que a maior expectativa de vida, somada ao aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e outras doenças crônicas, e a amplificação de situações de violência e acidente de trânsito passou a exigir um novo modelo de atenção à saúde (WEISS et al, 2010).

Outra estratégia lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, por meio da Política Nacional de Humanização, foi o Acolhimento com Classificação de Risco no Sistema de Urgência (BRASIL, 2004). A avaliação com classificação de risco tem o objetivo de organizar a demanda de usuários que chegam à procura de atendimentos em serviços de urgências, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento (JIMÉNES, 2003). Para tanto, preconiza a agilidade no atendimento com base em uma análise, sob a ótica de protocolos pré-estabelecidos e do grau da necessidade de acesso ao serviço de saúde do usuário (BRASIL, 2004). É requisito em todos os serviços da atenção às urgências o acolhimento com classificação de risco e a resolutividade, que constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda rede de atenção às urgências (BRASIL, 2011b).

Apesar dos avanços do sistema de saúde brasileiro nos últimos anos em relação à formação da rede de atendimento, predomina ainda na maioria das cidades a desorganização da atenção às urgências (WEIS et al, 2010). Observa-se que a assistência às condições agudas continua ocorrendo, majoritariamente, nas unidades hospitalares e de pronto atendimento que funcionam durante as 24 horas do dia. Esses serviços respondem por situações que vão desde àquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade (SANTOS, 2010).

Por outro lado, serviços de menor complexidade, como a atenção primária, salas de estabilização e atenção domiciliar, recebem pouco incentivo do poder público para o atendimento às urgências. Observa-se a dificuldade de organização e a insuficiência de

estratégias das equipes de saúde da atenção primária para lidar com os usuários em situação de urgência (LIMA, 2011).

Estudo realizado em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza evidenciou que a maioria desses serviços tem estruturas físicas inadequadas para a assistência de urgência, como também não dispõem de materiais básicos para o atendimento dessa natureza. Ainda, é preocupante o despreparo dos profissionais para esse tipo de assistência, visto que a educação em serviço não é realizada com frequência (CARNEIRO, 2009). Também na atenção primária, o serviço está organizado para o atendimento programado, o que faz com que usuários sejam encaminhados informalmente aos serviços de urgência quando a demanda excede o programado ou não corresponde ao que é ofertado pelo serviço (MARQUES; LIMA, 2007).

Conforme essas últimas autoras, nas unidades de atenção primária ou especializada a queixa aguda não é reconhecida como uma prioridade nem como função desses serviços, já que é entendida como sendo de pronto atendimento. Por outro lado, nos serviços de urgência, as queixas consideradas não urgentes são caracterizadas como do perfil das unidades ambulatoriais.

Observa-se, ainda, que é deficitário o fluxo de usuários no sistema, conforme a complexidade de atendimento. O sistema de contrarreferência se apresenta ainda como uma lacuna no sistema de saúde, por ser praticamente inexistente. Conforme Deslandes et al (2007), as pactuações entre os serviços são frágeis, não resultando na organização do fluxo. Souza, Bonilha e Veronese (2008) citam que muitas vezes existe reincidência de quadros agudizados no mesmo indivíduo, mas o serviço de referência desse usuário não é informado que ele recebeu atendimentos de urgência. O não fornecimento dos documentos formais de contrarreferência no serviço de urgência é mais uma barreira de acesso aos serviços da atenção primária para o usuário (MARQUES; LIMA, 2007), principalmente para aquele que busca o serviço de urgência frequentemente. Para Simons (2008), a desarticulação dos serviços de urgência com os demais serviços da rede de atenção à saúde não possibilita a continuidade da atenção, comprometendo o princípio da integralidade.

Agrava-se a essa desorganização da atenção às urgências a insuficiência de leitos para internação hospitalar. Conforme Bittencourt e Hortale (2009), a baixa efetividade organizacional hospitalar é manifestada pela superlotação da unidade de urgência. Usuários estabilizados que precisam de continuidade no atendimento de alta complexidade ficam dias, e até semanas, nas unidades de urgência por não terem leito de internação hospitalar, ocupando leitos, sobrecarregando os profissionais de saúde e superlotando essas unidades.

Contribuem também para a sobrecarga dos serviços os atendimentos considerados não urgentes e os frequentes, os surtos de doenças infecciosas sazonais, as barreiras de acesso à atenção primária e especializada e aos recursos diagnósticos (HOOT; ARONSKY, 2008; HUBER, 2005).

Estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro identificou que apenas 20% das urgências hospitalares negaram superlotação (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008). A superlotação desses serviços implica diretamente na qualidade do atendimento, já que aumenta o tempo de espera, atrasando no diagnóstico e no tratamento, levando ao aumento da mortalidade (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Além disso, resulta em gastos desnecessários, com o uso pouco racional dos recursos disponíveis (AZEVEDO et al, 2010).

Constata-se que serviços de urgência estão funcionando como um para-raios do sistema de saúde, necessitando responder às demandas, muitas vezes reprimidas, que buscam nas unidades de portas abertas a resolutividade para seus problemas de saúde. Embora a estruturação da rede de serviços de saúde seja ainda insuficiente, tiveram-se avanços em relação à organização da atenção às urgências na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS.

O'Dwyer (2010) argumenta que a organização do sistema de urgência é de suma importância para toda a rede, como também tem forte impacto para a satisfação e o bom atendimento para os usuários. Dessa forma, pode-se dizer que a estruturação da atenção às urgências fortalece a rede assistencial e melhora o acesso aos serviços de saúde.

Com a articulação da rede de atenção à saúde, promover-se-ia qualidade de vida e obter-se-ia uma melhora no perfil de saúde da população, em que o sistema local de saúde daria respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando a maior resolutividade possível na vigência de algum problema de saúde.

### **3.2 Utilização dos serviços de urgência**

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema de saúde. Compreende todo o contato direto, como consultas e hospitalizações, e indireto, como a realização de exames preventivos e de diagnóstico, entre usuário e serviço (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A utilização dos serviços de saúde se inicia pela percepção do usuário de sintomas, que são valorizados como perda de saúde e que irão determinar, a partir da

necessidade de investigar o problema e recuperar a normalidade perdida, a busca pelos serviços (PASARÍN et al, 2006).

O processo de utilização é resultante da interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados e o profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Dessa forma, a utilização dos serviços de saúde é influenciada por fatores que incluem as características de organização da oferta, o perfil de necessidades do usuário e a demanda (TRAVASSOS et al, 2000).

Para esses autores, a oferta diz respeito à disponibilidade, ao tipo, à quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), à localização geográfica, à cultura médica local, entre outros aspectos intrínsecos e extrínsecos aos serviços que influenciam o padrão de utilização.

A demanda pode ser definida como a quantidade do serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo (IUNES, 1995). Trata-se, portanto, de preferências e escolhas individuais do usuário, carregadas de significados e intenções (MARQUES, 2010; TRAVASSOS et al, 2000). Conforme Cecílio (2001), a demanda é um pedido explícito que expressa as necessidades do usuário e é modelada pela oferta que os serviços fazem.

Já as necessidades do usuário dizem respeito à busca de resposta às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com algum serviço/profissional ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia disponível capaz de proporcionar qualidade de vida (CECÍLIO, 2001). Vale ressaltar, porém, que nem todas as necessidades se convertem em demandas (TRAVASSOS et al, 2000). Concordando com isso, Mendoza-Sassi e Béria (2001) explicam que a necessidade de saúde não é o único fator que determina a procura pelos serviços de saúde, já que somente uma pequena parte das pessoas com sintomas consultam com o médico. Todavia, é inegável que exista uma associação significativa entre utilização dos serviços e as necessidades de saúde.

Os motivos pelos quais os usuários buscam os serviços de saúde estão contidos nos significados e intenções das demandas. São individuais ou específicos de grupos sociais e expressam desejos, propósitos, necessidades, planos e deliberações do usuário na tomada de decisão sobre a utilização do serviço de saúde (MARQUES, 2010).

Estudos sobre a utilização dos serviços de saúde têm verificado que esta é influenciada por fatores demográficos de sexo e idade. Quanto ao sexo, Pinheiro et al (2002) evidenciaram que as mulheres apresentam mais frequentemente doenças de curta duração, agudas e transitórias, como também doenças crônicas não fatais, como artrite, sinusite crônica e

enxaqueca, e referem mais restrição de atividade devido a problemas de saúde. Já os homens sofrem mais doenças crônicas fatais (problemas cardiovasculares e câncer). De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Com relação aos serviços de urgência, estudos comprovam que o sexo feminino também utiliza mais esses serviços, embora seja discreta a diferença, muitas vezes. Em unidades hospitalares, mulheres correspondem a 53,1% da demanda em Salvador (JACOBS; MATOS, 2005), 54,34% em Capão Bonito (OLIVATI et al, 2010), 52,1% em Pelotas (CARRET et al, 2011) e 62% em Tubarão (SOUZA; FELIPPE; SILVA, 2009). Contudo, algumas pesquisas obtiveram resultados diferentes, em que os homens utilizaram mais os serviços de urgência do que as mulheres (MARQUES, 2010; ZANBON et al, 2007).

Com relação à idade, em uma revisão sistemática, Mendoza-Sassi e Béria (2001) afirmam que, independente do país, os grupos extremos de idade – crianças e idosos – utilizam mais os serviços de saúde em geral, sendo que o número de consultas cresce conforme aumenta a idade. Contudo, nos serviços de urgência, estudos indicam que a população que mais utiliza é a de adultos na faixa etária entre 18 a 60 anos (OLIVEIRA et al, 2011; MARQUES, 2010; SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010; ROCHA, 2005). No estudo de Olivati et al (2010) se identificou que crianças e jovens (de zero a 17 anos) representavam 26,49%, adultos (18 a 59 anos), quase 60% e idosos (60 anos ou mais), cerca de 12%.

A utilização pelos serviços de urgência é também associada às condições socioeconômicas dos usuários. Um estudo identificou que, quanto ao acúmulo de bens, 50,1% dos usuários pertenciam ao nível econômico C e 33,4% aos níveis D e E, sendo que, quanto à escolaridade, 33,3% tinham estudado até quatro anos e 12% eram analfabetos (CARRET et al, 2011). Corroborando com esse estudo, Travassos et al (2000), embora não tenham analisado os serviços de urgência, evidenciaram que grupos de maior renda utilizam predominantemente serviços ambulatoriais, sendo que o consumo hospitalar tende a diminuir à medida em que aumenta a renda. Já outra pesquisa indica que pessoas de baixa renda e analfabetas têm uma diminuição de 56% na probabilidade de consultar com um médico, mas essa diferença pode ser reduzida com o aumento dos anos de educação (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003).

Além de fatores demográficos e socioeconômicos, a procura de usuários pelos serviços de saúde é também influenciada por características dos serviços que, dependendo de como estão ordenadas, definem a escolha do usuário (LIMA et al, 2007; MARQUES; LIMA, 2007). São influentes: a acolhida, as condições de acesso geográfico (distância da moradia, tempo e meios utilizados para o deslocamento) e funcional (processo de trabalho do serviço), tempo de



espera para atendimento, qualidade do atendimento, agilidade na marcação de consulta ou exame e encaminhamento para outro serviço, resolutividade da atenção, estrutura física e tecnologias disponíveis, experiências anteriores vividas pelo usuário, familiar e/ou amigo, vínculo estabelecido com profissionais e/ou serviço (DALL'AGNOL; LIMA; RAMOS, 2009; LIMA et al, 2007; MARQUES; LIMA, 2007). Nas situações de urgência, além desses fatores, a busca está diretamente relacionada às necessidades do momento e à percepção individual de urgência (BARRIER, 2001).

Segundo Giglio-Jacquemot (2005), as percepções de profissionais e usuários sobre o significado de urgência são distintas. Profissionais de saúde baseiam-se na objetividade, enquanto os usuários se baseiam na subjetividade. Para os profissionais, situações de urgência são aquelas em que há risco de vida, com comprometimento do organismo de dimensões biomédicas e biomecânicas. Em contrapartida, os usuários julgam como urgências problemas que atrapalham gravemente a vida cotidiana, como aflição, angústia, abandono e miséria, que requerem auxílio e assistência para que seja possível uma solução imediata a uma dificuldade passageira (BARRIER, 2001).

Em estudo realizado no SAMU de Porto Alegre se identificou que usuários, mesmo conhecendo o significado de urgência, buscam sanar suas demandas de diversas formas devido à dificuldade de acesso a serviços de saúde. Alguns indivíduos buscam satisfazer as suas necessidades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo encaminhados em algumas situações para os serviços de urgência, outros procuram de forma direta as urgências hospitalares, as UPAs ou o SAMU (ABREU, 2009). Resultado similar a esse foi encontrado em Florianópolis, em que a grande maioria dos usuários buscou diretamente o serviço de urgência hospitalar, uma vez que em experiências anteriores não recebeu atendimento na atenção primária (LAGO et al, 2010).

Giglio-Jacquemot (2005) explica que o conceito de urgência estabelecido por usuários é distinto da utilização que fazem do sistema de saúde. De um lado há a percepção individual e do outro, o uso de um recurso. Da mesma forma, Lago et al (2010) cita que trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades sócio-culturais, que permitem a elaboração e implementação de projetos de tratamento específico ou mesmo contraditórios.

Assim, muitas vezes usuários recorrem aos serviços de pronto-socorro para problemas ou situações de saúde que, mesmo para eles, não apresentam um caráter de urgência. Ao investigar a compreensão do usuário sobre o atendimento em um serviço de urgência hospitalar, Ludwig (2000) constatou que os usuários procuram assistência no serviço para resolução de seus problemas de saúde, independente de sua gravidade.

Dessa forma, acumulam-se nesses serviços usuários com problemas de saúde não urgentes, que poderiam ser resolvidos em outros níveis de atenção. Estudo realizado na urgência de um hospital geral de Pernambuco mostrou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção primária de saúde (FURTADO; ARAÚJO JR; CAVALCANTI, 2004). Segundo Marques (2010), um percentual menor de pacientes que são atendidos nas unidades de urgência precisa de cuidados de maior complexidade tecnológica. Em seu estudo realizado no SAMU de Porto Alegre, a autora observou que 36,8% dos atendimentos realizados eram de pequena gravidade, 52,2%, de média e apenas 3,7% foram classificados como de gravidade severa. Em outro estudo realizado em uma unidade de urgência hospitalar dessa mesma cidade identificou que 61% dos usuários atendidos foram caracterizados como situação de urgência e 39% como eletivas (STEIN et al, 2002).

No cenário mundial, isso também tem ocorrido. Em revisão sistemática, autores identificaram que EUA, Canadá, México, Grã-Bretanha, Espanha, Portugal, Turquia, Itália, Cuba, Austrália e China apresentam uma prevalência do uso inadequado dos serviços de urgência que varia de 10% a 90% (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Em estudo realizado no Canadá com usuários considerados não urgentes, constatou-se que apenas 23% desses indivíduos procuram o serviço de urgência por acharem que sua situação necessita de atendimento imediato (BOUSHY; DUBINSKI, 1999).

Pesquisas indicam que os usuários buscam o serviço que melhor lhes convém, usando critérios de escolha envolvendo principalmente o acesso funcional e acessibilidade organizacional (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010; DALL'AGNOL; LIMA; RAMOS, 2009; LIMA et al, 2007). O acesso geográfico é muitas vezes rejeitado, já que outros parâmetros do acesso funcional são mais significativos (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Exemplo disso são os estudos que comprovam que muitas pessoas preferem procurar um serviço de urgência localizado longe de sua residência ao invés de uma unidade da atenção primária mais próxima. Na unidade de urgência do Hospital Universitário Regional de Maringá foi identificado que quase 19% dos atendimentos era de residentes de outros municípios (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002). Serviços de urgência, por serem serviços de portas abertas, podem ser uma alternativa, na percepção dos usuários, para atendimento mais fácil e rápido para as necessidades de saúde (MARQUES; LIMA, 2007), mesmo que envolva um maior deslocamento.

Souza, Figueiredo e Pinto (2010) afirmam que a demora no agendamento das consultas na atenção primária é outro fator que implica na busca pelos serviços de pronto atendimento. Da mesma forma, no Estado de Minas Gerais, usuários relataram ter dificuldade

no agendamento de consulta, demora na obtenção de atendimento e falta de médicos em UBS e ESF, o que de fato contribui para a procura pelos serviços de urgência (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Conforme os autores, para o usuário, o tempo de espera nos serviços de urgência não importa tanto quando existe a certeza do atendimento, o que se contrapõe à sensação de contingência ou incerteza dos serviços da atenção primária.

Em outro aspecto, as unidades de urgência hospitalar aparecem como local que reúne um somatório de recursos da medicina oficial, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações (MARQUES; LIMA, 2007). No estudo de Pasarín et al (2006) realizado em Barcelona, usuários demonstraram valorizar a tecnologia dos serviços de urgência hospitalar em consonância daquela dos demais serviços de saúde. De acordo com Cecílio (1997), o modelo assistencial idealizado pela população ainda é o da atenção médico-hospitalar, centrada no atendimento médico e na complexidade hospitalar. Para Oliveira, Mattos e Souza (2009) e Marques (2004), a maioria da população ainda tem a noção de que o serviço de urgência contém maiores tecnologias e profissionais mais qualificados, como também oferece maior segurança e resolutividade aos usuários.

Outro fator importante para a busca pelos serviços de urgência é o horário ininterrupto de funcionamento. Conforme já apresentado, a população que mais utiliza os serviços de urgência está na faixa etária economicamente ativa, entre 18 a 60 anos. Assim, serviços de saúde que funcionam em horário comercial coincidem com os turnos de trabalho dos usuários, dificultando seu acesso. Concordando com isso, Carret et al (2011) afirmam que os idosos procuram os serviços de urgência hospitalar mais durante o dia, enquanto os mais jovens, principalmente à tardinha e a noite.

A escolha quanto ao serviço que deverá ser procurado é, ainda, fortemente influenciada pela busca por profissionais competentes para o atendimento e pela confiança na experiência e capacidade dos membros da equipe de saúde. A satisfação do usuário com o serviço é determinante para a sua reutilização. Identifica-se que a confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe são fatores marcantes na tomada de decisão (RAMOS; LIMA, 2003). Em Londrina, mais de 33% dos pais referiram levar seus filhos à urgência hospitalar por conhecerem e aprovarem o atendimento do serviço (BATISTELA; GUERREIRO; ROSSETTO, 2008). No estudo de Oliveira, Mattos e Souza (2009), constatou-se que os usuários justificam a superlotação dos serviços de urgência alegando que a demanda é grande devido à qualidade do atendimento. No entanto, o conhecimento da população sobre a qualidade da assistência

pode ser confundida pela crença de que em hospitais serão mais bem atendidos do que em outros serviços de saúde.

Há ainda outro fator que influencia significativamente a utilização dos serviços de urgência: a falta de vínculo com um profissional médico. Pessoas que não têm um médico definido ou um serviço de referência consultam mais nos serviços de urgência (CARRET et al, 2011). Em estudo realizado em Porto Alegre, Stein et al (2002) evidenciaram que apenas 31% dos usuários da unidade de urgência do Hospital Conceição afirmam ter acompanhamento por um médico na atenção primária, sendo que as pessoas que não tinham um médico de referência eram mais prováveis de procurar o serviço por queixas não urgentes e eletivas.

Portanto, observa-se que a procura pelo atendimento, como também a utilização dos serviços de urgência, são resultantes de uma multiplicidade de fatores predisponentes, contextuais e relativos tanto ao usuário quanto ao serviço. Nos momentos de urgência, a escolha do indivíduo sobre qual unidade deverá buscar assistência tem relação com a percepção do estado de saúde, o conhecimento da oferta de serviços, assim como a organização do sistema para acolher o usuário e resolver seu problema. Dessa forma, serviços de urgência se tornaram locais convenientes às pessoas que necessitam de resposta a algum dano de saúde, sendo esse urgente ou, não.

Nesse aspecto, salienta-se a importância que os serviços de urgência têm como porta de entrada para o sistema de saúde. O'Dwyer (2010) cita que a urgência é uma porta de entrada irregular, pois não oferece condições necessárias para atuar como porta de entrada qualificada, como o responsável pelo acompanhamento, seguimento e vínculo com o usuário. Já Marques e Lima (2007), afirmam que muitas vezes serviços de pronto atendimento não servem como porta de entrada, já que o foco da atenção é a queixa principal, não garantindo na atenção primária ou especializada a sequência da ação iniciada. Assim, cabe ao usuário procurar de porta em porta a continuidade do atendimento. Ao indivíduo que peregrina pelo sistema de saúde, serviços de urgência se tornaram alternativas para a resolução pontual de seus problemas de saúde.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Caracterização do estudo

Procurando analisar a utilização frequente do serviço de urgência de um hospital universitário, foi necessário utilizar um método capaz de comportar perspectivas que possibilitem o entendimento multidimensional da temática. Dessa forma, este estudo é do tipo misto explanatório sequencial (CRESWELL, 2010).

A pesquisa de métodos mistos é um método de investigação que combina ou associa as formas de abordagem quantitativa e qualitativa, pois busca melhor entender um problema de pesquisa convergindo as tendências numéricas da pesquisa quantitativa e os detalhes da pesquisa qualitativa (CRESWELL, 2010). A combinação das duas abordagens permite uma compreensão mais completa do fenômeno a ser estudado e implica em aumentar a profundidade e qualidade dos resultados (BEGLEY, 1996).

Para Minayo e Sanches (1993), as abordagens quantitativas e qualitativas, quando trabalhadas isoladamente, em muitas circunstâncias, são insuficientes para abarcar toda a realidade observada, sendo necessária a utilização das abordagens como complementares. Minayo (2004) argumenta ainda em outro estudo que a qualidade dos fatos e das relações sociais são propriedades inerentes à utilização conjunta de métodos quantitativos e qualitativos, sendo que a quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, exigindo a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo.

Neste estudo, foi utilizada a estratégia explanatória sequencial, na qual o pesquisador procura elaborar ou expandir os achados de um método com os de outro. Assim, a pesquisa iniciou com o método quantitativo, no qual um conceito ou uma teoria é testado, seguido pelo método qualitativo que envolve uma exploração detalhada de alguns casos ou indivíduos (CRESWELL, 2010).

A Figura 1 retrata como é desenvolvida a estratégia explanatória sequencial, em que “quan” e “qual” representam, respectivamente, *quantitativo* e *qualitativo* e as letras maiúsculas indicam a ênfase de uma abordagem.

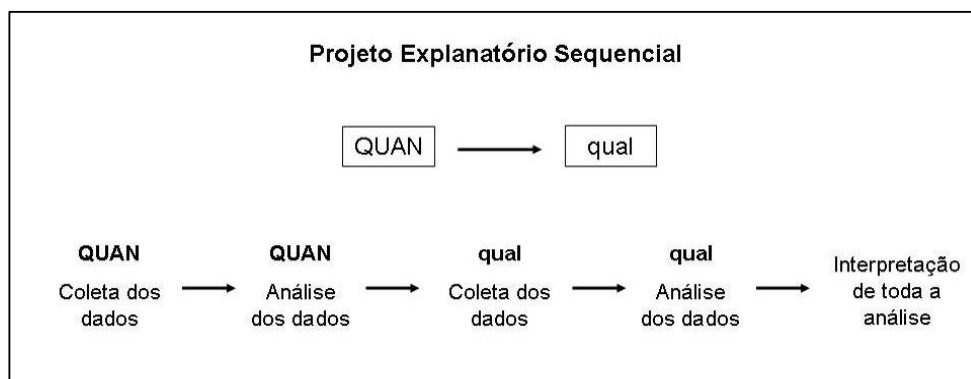


Figura 1 – Descrição de um projeto de pesquisa com estratégia explanatória sequencial.

Fonte: Creswell, 2010.

Na primeira fase foi realizada a investigação de caráter quantitativo para descrever as características demográficas e clínicas dos usuários frequentes do serviço de urgência, como também identificar o padrão de utilização frequente. Assim, nesta etapa foi realizado um estudo epidemiológico transversal. Conforme Rouquayrol e Almeida Filho (2006), esse é o tipo de estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo período, evidenciando as características e correlações do que está sendo analisado naquele momento.

Na segunda fase foi realizada a etapa qualitativa do estudo, com o propósito de explorar os motivos da utilização frequente do serviço de urgência. Dessa forma, esta etapa do estudo foi do tipo exploratório. Segundo Trivinõs (1987), o estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema e permite ao investigador o aumento de sua experiência em torno da problemática que está sendo estudada. Cabe ressaltar que neste estudo há predominância do método quantitativo, de forma que a etapa qualitativa foi complementar à etapa quantitativa.

Segundo Creswell (2010), em estudos mistos que utilizam a estratégia explanatória sequencial, serão primeiro obtidos resultados estatísticos e quantitativos de uma amostra, para depois realizar o acompanhamento com alguns indivíduos para ajudar a explicar esses resultados em maior profundidade.

## 4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), da região sul do Brasil. Trata-se de uma instituição pública de direito privado, que é referência na assistência de alta complexidade à saúde, na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisa. Vinculada ao Ministério da Educação, desde o início a assistência, o ensino e a pesquisa conviveram na instituição (HCPA, 2011a).

O serviço de emergência do HCPA foi criado em 1989 e se caracteriza pelo atendimento público de urgência durante 24 horas nas especialidades clínica, cirúrgica, ginecológica e pediátrica, a usuários oriundos de Porto Alegre e da Região Metropolitana, assim como de outros municípios do estado. O serviço conta com 49 leitos adultos e 9, pediátricos. A estrutura física do serviço de emergência é composta de cinco áreas de atendimento: Acolhimento com Classificação de Risco, Sala de Internação Breve (SIB), Sala de Observação (SO), Unidade Vascular (UV) e Semi-Intensiva (SI) e Unidade Pediátrica (UP) (HCPA, 2011a).

No ano de 2010 foram feitas mais de 64 mil consultas na unidade, correspondendo a um grande aumento em relação aos anos anteriores. Nesse mesmo ano, o número de internações completas no serviço foi de 5 mil, isto é, muitos usuários foram admitidos, permaneceram mais do que 24 horas no serviço, mas não chegaram a ser admitidos em unidade de internação hospitalar (HCPA, 2011b). As principais patologias clínicas do adulto atendidas são intercorrências no paciente oncológico, insuficiência coronariana aguda, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, pielonefrite, intercorrências clínicas em pacientes infectados com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), hemorragia digestiva, crise asmática e acidente vascular encefálico agudo (HCPA, 2011c).

Visando atender as políticas de humanização do Ministério da Saúde, foi implantado em 2005 o Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco no serviço. A finalidade desse novo processo de trabalho é ouvir e pactuar respostas resolutivas aos problemas de saúde dos usuários e prestar atendimento qualificado às situações graves com risco de vida eminente (HCPA, 2011a). Até setembro de 2011, o HCPA utilizava um protocolo próprio

para a classificação de risco. Desde então, foi implantado o protocolo de Manchester<sup>1</sup> na unidade.

O HCPA está localizado no Distrito Sanitário Centro de Porto Alegre, mas tem também como área pactuada de atenção a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, formada pelos Distritos Glória, Cruzeiro e Cristal. Serviços de saúde de diversas complexidades estão localizados nessas regiões, possibilitando um leque de opções para o usuário que procura assistência. Além do HCPA, as regiões dispõem de Unidades Básicas de Saúde, Unidades Estratégia Saúde da Família, Centros de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, hospitais, Centro de Atenção Psicossocial e vários laboratórios diagnósticos e clínicas médicas.

A escolha do campo se justifica pela grande quantidade de atendimentos realizados, pelo horário ininterrupto de funcionamento e pela disponibilidade de acesso aos registros eletrônicos. Além disso, o HCPA é um hospital universitário e de referência para assistência, pesquisa e ensino.

### **4.3 População e amostra**

Participaram deste estudo usuários frequentes do Serviço de Emergência do HCPA. Foi considerado usuário frequente aquele indivíduo que usufruiu de atendimento do serviço quatro vezes ou mais no período de um ano (12 meses). Essa definição é a mais utilizada entre os pesquisadores da temática (PINES et al, 2011; HUANG et al, 2008; OLIVEIRA, 2008; HUNT et al, 2006; BYRNE et al, 2003; HANSAGI et al, 2001). Estudo realizado na Grã-Bretanha objetivou definir a utilização frequente dos serviços de urgência baseada na frequência de atendimentos recebidos. Determinou-se que as pessoas que procuraram o serviço mais de quatro vezes ao ano eram frequentes, pois tinham necessidades de saúde diferentes dos usuários eventuais, como também representavam um grupo mais vulnerável a riscos (LOCKER et al, 2007).

---

<sup>1</sup> O protocolo de Manchester foi implantado em Manchester, no Reino Unido, em 1997. Desde então, é adotado como norma em hospitais de diversos países, como Suécia, Portugal, Canadá e Japão. No Brasil, está aumentando a quantidade de serviços que utilizam esse protocolo. Trata-se de um instrumento estruturado, do tipo fluxograma, em que o profissional identifica a queixa principal do usuário e aplica o instrumento seguindo as respostas afirmativas das questões e dos discriminadores do fluxograma. Além de indicar a prioridade clínica (dividida em cinco categorias), dá também informação sobre o respectivo tempo alvo de atendimento (DIOGO, 2007).



A população do estudo foi identificada a partir do sistema informatizado Aplicativo de Gestão Hospitalar. Foi solicitado à Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação (CGTI) e ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do HCPA um relatório (*query*) com o movimento por paciente de todos os usuários que utilizaram mais de quatro vezes o serviço de emergência no período de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2011.

A lista gerada pelo *query* continha informações sobre o número do prontuário eletrônico dos usuários, nome, data de nascimento, sexo, classificação de risco, tempo de permanência no serviço, data de entrada e de saída do último atendimento obtido em 2011. Cabe ressaltar que todos os indivíduos identificados pelo *query* tinham o prontuário eletrônico no hospital.

Para a etapa quantitativa, pensando-se em buscar uma representatividade numérica que possibilite a generalização, foi definida uma amostra aleatória simples de 385 usuários frequentes ( $n=385$ ), utilizando a fórmula para estimação de proporções, com margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança de 95%, prevendo uma taxa de perda amostral de 10% e assumindo a prevalência de 50% para maximizar o tamanho da amostra, de forma que a mesma seja suficiente para estimar as diversas características que foram estudadas.

A seleção da amostra foi definida a partir de um sorteio randomizado dos números de prontuários. Para a realização do sorteio foi utilizada uma ferramenta de randomização do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) e foram considerados todos os usuários que constam no relatório (*query*) do CGTI e SAMIS.

Foram considerados como critérios de inclusão dos usuários na amostra: ter utilizado o serviço de emergência quatro vezes ou mais no período estabelecido e ter idade superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: ter recebido atendimento ginecológico, cirúrgico e pediátrico. Optou-se em excluir essas especialidades devido às especificidades da clientela e suas baixas prevalências no serviço.

Por se tratar de um estudo de estratégia explanatória sequencial, os dados coletados e analisados na etapa quantitativa conduziram a definição da amostra da etapa qualitativa. Segundo Teddlie e Yu (2007), os resultados da primeira etapa da pesquisa são necessários para selecionar participantes com características particulares para serem melhor exploradas na segunda etapa. Por isso, os autores afirmam que nesses tipos de estudos geralmente é utilizada uma amostra intencional na etapa qualitativa.

A amostra intencional trata de uma amostra não-probabilística, que envolve a seleção de certos casos baseados mais em propósitos específicos do que na randomização. Assim, algumas pessoas, cenários, ou eventos são selecionados intencionalmente por oferecerem

informações importantes que dificilmente seriam obtidas em amostras probabilísticas. Esse tipo de amostragem pode ser utilizado quando o pesquisador quer uma amostra que represente um amplo grupo de casos similares ou que consiga comparar grupos de diferentes casos (TEDDLIE; YU, 2007).

Dessa forma, para a etapa qualitativa deste estudo foi definida uma amostra intencional, considerando-se os resultados obtidos na etapa quantitativa com a caracterização dos usuários frequentes. Assim, foram selecionados usuários com variadas frequências de reincidência no serviço, de diferente sexo, idade, classificação de risco e tempo de permanência no serviço no último atendimento.

Primeiramente, esperava-se que a amostra fosse composta por 21 usuários, sendo sete usuários pouco frequentes (que utilizaram o serviço de 4 a 6 vezes no ano), sete moderadamente frequentes (que buscaram atendimento de 7 a 11 vezes) e sete altamente frequentes (que utilizaram o serviço mais de 12 vezes). O número de sujeitos da amostra para esta etapa foi definido levando-se em consideração o critério de saturação conforme Ghiglione e Matalon (2001), que afirmam que 20 entrevistas são em geral suficientes em pesquisas qualitativas, pois é raro surgirem novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista, sendo inútil inquirir um grande número de pessoas. No entanto, dentre os usuários altamente frequentes, conseguiu-se entrar em contato apenas com quatro, já que alguns tinham ido a óbito, outros eram senis e/ou impossibilitados de falar e dois não atenderam as ligações. Dessa forma, a amostra final foi composta por 18 usuários. Cabe ressaltar que este número de sujeitos foi suficiente para obter as informações necessárias, de forma que, mesmo sendo inferior a 20 entrevistas, identificou-se que ocorreu a saturação dos dados.

Sendo assim, a amostra foi composta por sete usuários pouco frequentes, sete moderadamente frequentes e quatro altamente frequentes. Sete indivíduos tinham idade entre 18 e 40 anos, seis entre 41 e 60 anos e cinco tinham mais de 61 anos; 13 usuários residiam em Porto Alegre e cinco em cidades da Região Metropolitana de Porto Alegre (Cachoeirinha, Guaíba, Viamão). Com relação à classificação de risco obtida no último atendimento registrado no ano de 2011, um usuário foi classificado como atendimento imediato, três como risco alto, cinco como risco moderado, cinco como risco baixo e um como não urgente. Três indivíduos não tinham o registro da classificação de risco. Foram entrevistados quatro usuários que tinham sido encaminhados para o Serviço de Pronto Atendimento (zona 12 do ambulatório) do hospital para receberem assistência. Quatro sujeitos permaneceram menos de uma hora no serviço, oito ficaram de uma a 12 horas, dois ficaram de 12 a 24 horas e quatro permaneceram mais de 24 horas.

#### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Primeiramente, durante os meses de abril e maio de 2012, foram coletados os dados referentes à etapa quantitativa do estudo. Depois, em junho e julho do mesmo ano, foram coletadas as informações relacionadas aos motivos da procura frequente pelo serviço de urgência para a etapa qualitativa.

Como todos os usuários incluídos na amostra tinham prontuário eletrônico do hospital, não foi necessário buscar informações em boletins de atendimento. Para a primeira etapa, foram coletados na ficha de identificação do prontuário eletrônico dos usuários dados relacionados à idade, sexo, estado conjugal, situação profissional e endereço. Também, a partir dos registros dos profissionais de saúde no último atendimento recebido no serviço, foram coletadas informações sobre morbidades, queixa principal, dia e turno do último atendimento em 2011, procedência (se houve encaminhamento para o serviço por parte de outro serviço – SAMU, corpo de bombeiros, brigada militar, Unidade Básica de Saúde, unidade Estratégia Saúde da Família – ou se foi demanda espontânea) e desfecho (alta para residência, encaminhamento para receber atendimento ambulatorial em outro serviço de saúde, transferência após atendimento na urgência para unidade de internação hospitalar ou de terapia intensiva, óbito no serviço ou após ser encaminhado para unidade de internação ou de terapia intensiva). O nível de classificação de risco obtido e tempo de permanência no serviço de urgência no último atendimento recebido em 2011 foram coletados a partir da lista de usuários frequentes do *query*.

Para essa primeira etapa da coleta de dados, foi utilizado um instrumento (Apêndice A) que contempla as informações de identificação dos usuários e as características de atendimento. Esse instrumento foi elaborado com base nas variáveis estudadas em artigos científicos já publicados sobre a temática. Foi realizada uma revisão crítica do instrumento por dois pesquisadores com experiência no estudo da assistência em serviços de urgência e, depois, foi desenvolvido um pré-teste com uma amostra de 10 usuários frequentes. Foi verificado que o instrumento era útil e capaz de gerar as informações desejadas. Após o pré-teste, foram feitas alterações nos itens referentes ao número de reincidências no serviço e à classificação de risco obtida, para facilitar e agilizar o preenchimento durante a coleta de dados.

Na segunda etapa, foi realizada entrevista semi-estruturada com os participantes. As entrevistas seguiram um roteiro previamente definido com questões abertas. No roteiro

constaram questões sobre os motivos de busca por atendimento no serviço de urgência do HCPA, as percepções do indivíduo sobre a urgência de atendimento, as vantagens e desvantagens de utilizar o serviço de urgência do HCPA, como também a utilização de outros serviços de urgência e de saúde (Apêndice B). Esse roteiro foi elaborado durante a redação do projeto de pesquisa, mas foi revisado após a análise da etapa quantitativa, para que fossem esclarecidos e explorados detalhes da utilização frequente.

As entrevistas foram realizadas por telefone, gravadas e posteriormente, transcritas. Estão identificadas no texto pela letra E, seguida pelo número referente ao usuário entrevistado (por exemplo, E1, E2, E3, etc).

Nos últimos anos, a entrevista por telefone tem sido cada vez mais utilizada para pesquisas na área da saúde (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010; CARR; WORTH, 2001). Segundo Musselwhite et al (2007), entrevista por telefone é um efetivo método de coleta de dados na pesquisa em enfermagem, tanto do ponto de vista econômico, quanto de otimização de tempo. Além disso, a qualidade das informações obtidas em entrevistas por telefone é similar a de outros métodos (MUSSELWHITE et al, 2007; CARR; WORTH, 2001).

Quando não foi possível realizar contato com o usuário após três tentativas, excluiu-se o indivíduo do estudo. No caso de exclusão ou de recusa em participar da pesquisa, outro participante foi selecionado.

#### **4.5 Análise dos dados**

Para a análise dos resultados quantitativos, foram estabelecidas variáveis dependente e independentes. A variável dependente é a quantidade de vezes que o usuário procurou o serviço (mínimo quatro), sendo que, para realização de testes estatísticos, a variável foi categorizada em três grupos: 1) usuários pouco frequentes (UPF), os que buscaram o serviço de quatro a seis vezes no ano; 2) usuários moderadamente frequentes (UMF), os que buscaram atendimento de sete a onze vezes no ano; e 3) usuários altamente frequentes (UAF), os que utilizaram mais de doze vezes o serviço no ano. A classificação de usuários em grupos conforme o número de reincidências no serviço já foi utilizada em outros estudos (DOUPE et al, 2012; JELINEK et al, 2008; BLANK et al, 2005).

As variáveis independentes foram: grupo etário (18 a 40 anos, 41 a 60 anos, 61 a 79 anos, 80 anos ou mais), sexo (feminino, masculino), estado conjugal (casado ou união estável,

divorciado ou separado, solteiro, viúvo), residência (cidade e bairro), queixa principal e morbidades dos indivíduos, nível de classificação de risco obtido (atendimento imediato – roxo no protocolo antigo do HCPA ou vermelho no de Manchester –, risco alto – vermelho no protocolo antigo do HCPA ou laranja no de Manchester –, risco intermediário – amarelo no protocolo antigo do HCPA ou amarelo no de Manchester –, risco baixo – verde no protocolo antigo do HCPA e no de Manchester –, não urgente – azul no protocolo de Manchester), dia (segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira, sábado, domingo) e turno do atendimento (manhã – das 7 às 13 horas –, tarde – das 13 às 19 horas – e noite – das 19 às 7 horas), tempo de permanência (de 0 a 1 hora, de 1 a 12 horas, de 12 a 24 horas, de 24 a 48 horas, de 48 a 72 horas e mais de 72 horas), procedência (demanda espontânea, SAMU, UBS/ESF, ambulatório do HCPA) e desfecho (alta para residência, encaminhamento para receber atendimento ambulatorial em outro serviço, transferência após atendimento na urgência para unidade de internação hospitalar ou de terapia intensiva, óbito, evasão).

A análise das variáveis foi fundamentada na estatística descritiva, com apresentação de dados de distribuição de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Também foi utilizada técnica de estatística inferencial, com a realização de testes bivariados. Assim, foi utilizado o teste exato de Fisher para verificar associações entre variáveis categóricas, que foi complementado pelo teste dos resíduos ajustados, e o teste ANOVA (análise de variância) para identificar diferenças de médias de variáveis quantitativas. Foi realizado ainda o teste de correlação não-paramétrico de Spearman para determinar o grau de covariação entre variáveis ordinais e o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para verificar associação para variáveis ordinais. O nível de significância utilizado como critério de aceitação ou rejeição nos testes estatísticos foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ), sendo significativo o resíduo ajustado superior a 1,96. As análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Para o tratamento dos resultados qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Esse tipo de análise busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, bem como a frequência de sua aparição. É constituída por três etapas. A primeira é ordenação dos dados, em que foram feitas as transcrições e releitura das entrevistas. A segunda etapa corresponde à classificação dos dados, em que foi realizada leitura flutuante a fim de identificar idéias centrais e aspectos relevantes. A última fase diz respeito à análise final, em que os resultados obtidos foram tratados e interpretados (MINAYO, 2002). Para a operacionalização desta análise foi utilizado o software Atlasti.6.

#### 4.6 Aspectos éticos

Conforme a Resolução Normativa 01/97 do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, 1997), para a utilização dos dados dos prontuários dos pacientes e da base de dados do hospital, foi preenchido o Termo de Compromisso para Uso de Dados (Anexo A) pela pesquisadora e todos colaboradores envolvidos nesta pesquisa. Foi preservada a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, assim como o anonimato dos pacientes.

Seguindo-se as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes da pesquisa na etapa qualitativa foram esclarecidos sobre os objetivos e as finalidades do projeto e tiveram que autorizar a gravação das entrevistas (BRASIL, 1996). Assim, por se tratar de entrevista por telefone, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal do usuário, que foi obtido no momento do contato telefônico. Dessa forma, foi utilizado um roteiro de telefonema (Apêndice B) e o consentimento para participar da pesquisa era tácito.

No consentimento tácito o pesquisador mantém o dever de informar todos os procedimentos, riscos, benefícios e direitos envolvidos na pesquisa, mas não é coletada a assinatura do indivíduo que aceita participar da pesquisa (FERNANDES et al, 2010). Essa forma de concordância oral já foi utilizada em estudos anteriores (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; PEIXOTO et al, 2008).

O roteiro de telefonema continha informações referentes ao objetivo, justificativas e finalidades da pesquisa, como também a garantia da voluntariedade e o tempo que deveria ser destinado para responder a entrevista. A autorização do participante foi gravada e documentada nas transcrições das entrevistas.

Nesta pesquisa foi garantida a privacidade e anonimato dos participantes. O estudo não ofereceu risco aos usuários, os quais foram esclarecidos que poderiam se recusar a participar e/ou desistir em qualquer momento do estudo. As pesquisadoras são responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção de todos os dados referentes ao projeto. O material gravado será guardado em ambiente seguro por cinco anos, sendo descartado após essa data.

Este estudo está inserido no projeto de pesquisa intitulado “Estruturação da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências”, que já tem

aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, cujo número do Parecer é 498/2010 (Anexo B).

O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EE) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde do HCPA (Anexo C).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com a proposta metodológica desta investigação, os resultados são apresentados sequencialmente, conforme as etapas previstas. No primeiro tópico são descritos e discutidos os resultados da etapa quantitativa, seguindo pela apresentação e discussão dos resultados da etapa qualitativa. Por último serão analisados os principais resultados das duas etapas do estudo numa discussão integrada.

### **5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA**

Neste tópico são apresentados os resultados obtidos por meio do emprego do instrumento elaborado pela pesquisadora para coleta de dados no prontuário eletrônico do paciente. Primeiramente apresentam-se as principais características demográficas e clínicas dos usuários frequentes do serviço de urgência e depois o padrão de utilização frequente do serviço.

Para questões de análise, os usuários foram classificados em três grupos: 1) usuários pouco frequentes (UPF), os que buscaram o serviço de quatro a seis vezes no ano; 2) usuários moderadamente frequentes (UMF), os que buscaram atendimento de sete a onze vezes no ano; e 3) usuários altamente frequentes (UAF), os que utilizaram mais de doze vezes o serviço no ano.

#### **5.1.1 Características demográficas e clínicas dos usuários frequentes do serviço de urgência**

No ano de 2011, foram realizados mais de 50 mil atendimentos no Serviço de Emergência do HCPA para maiores de 18 anos. Identificou-se que 2.187 usuários buscaram assistência quatro vezes ou mais nesse ano, sendo que esses indivíduos foram responsáveis por mais de 12 mil atendimentos, o que corresponde a aproximadamente 24% do total de atendimentos no serviço.



Resultados similares sobre a prevalência da utilização frequente dos serviços de urgência já foram apresentados em estudos realizados nos Estados Unidos, que utilizaram o mesmo limiar de quatro ou mais visitas no ano, em que os usuários frequentes contribuíram de 22 a 28% da demanda de atendimento nos serviços (HUNT et al, 2006; BLANK et al, 2005). Em Singapura, foi identificado que 26,4% dos atendimentos em serviço de urgência foram realizados por indivíduos que utilizaram o serviço cinco ou mais vezes em um ano (PAUL et al, 2010).

No Canadá, Doupe et al (2012) verificaram que usuários frequentes da região de Winnipeg (considerados aqueles que procuraram atendimento quatro vezes ou mais em um ano) compuseram mais de 31% dos atendimentos nos serviços de urgência, valor bem superior ao encontrado nos resultados deste estudo. Em contrapartida, na Austrália, foi identificado um percentual de atendimentos para usuários frequentes muito inferior a esses estudos, 4,2%, porém, foi usada uma definição de usuário frequente com um limiar mais alto, de oito ou mais visitas no serviço em um ano (MARKHAM; GRAUDINS, 2011).

Dessa forma, destaca-se que os usuários frequentes, quando analisados a partir da definição de no mínimo quatro ou cinco idas ao serviço, colaboram para uma elevada percentagem da demanda aos serviços de urgência, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Isso demonstra o grande impacto que esses indivíduos causam nos serviços, questiona os motivos que levam os usuários a buscar atendimento repetidas vezes e põe em discussão a resolutividade desses serviços no cuidado a essas pessoas.

O número de reincidências no serviço dos usuários que compuseram a amostra variou de 4 a 58, sendo que a média foi de 6,59 vezes, com desvio padrão de 4,19. Ao todo, esses usuários frequentes foram responsáveis por 2.540 atendimentos. Conforme indica a tabela abaixo, 251 usuários (65,2%) eram pouco frequentes, 117 (30,4%) eram moderadamente frequentes e apenas 17 (4,4%) eram altamente frequentes. Observa-se que à medida que aumenta o número de reincidências no serviço, tende a diminuir a quantidade de usuários, sendo que o valor mínimo de reincidências (4 vezes) corresponde a 24,4% da amostra e o valor máximo (58 vezes), a 0,3%.

Tabela 1 – Classificação de usuários frequentes por grupos, com relação a frequência e porcentagem, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Classificação dos usuários</b>		
Pouco frequentes	251	65,2
Moderadamente frequente	117	30,4
Altamente frequente	17	4,4
Total	385	100,0

Fonte: autora.

Os resultados mostram maior procura de usuários frequentes do sexo feminino (54,8%), de forma que o sexo masculino representa 45,2%. Dentre os UPF e UMF, o sexo feminino também foi mais prevalente (53,8% e 58,1%, respectivamente). Já entre os UAF, o sexo masculino foi mais prevalente (52,9%). As diferenças entre as classes de usuários com relação ao sexo não foram estatisticamente significativas. A tabela 2 descreve esses achados.

Tabela 2 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de sexo, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							0,588**
Feminino	135	53,8	68	58,1	8	47,1	
Masculino	116	46,2	49	41,9	9	52,9	
Total	251	100,0	117	100,0	17	100,0	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, o Município de Porto Alegre tem mais de 700 mil mulheres, o que corresponde a 53,6% da população (OBSERVAPOA, 2012). Porém, somente esse dado não justifica o fato de ter mais pessoas do sexo feminino entre os usuários frequentes dos serviços de urgência. Diversas pesquisas apontam que o sexo feminino é um fator associado à utilização frequente (LACALLE, RABIN, 2010; MILBRETT; HALM, 2009; OLIVEIRA, 2008; HUNT et al, 2006).

No estudo de Hunt et al (2006) foi identificado uma grande diferença entre os sexos dos usuários frequentes, sendo que o feminino se destacava com 65%. Entretanto, em outra pesquisa, foi observada uma diferença pequena entre os sexos, mas o feminino ainda era o mais prevalente (FUDA; IMMEKUS, 2006). Já em Portugal, Oliveira (2008) identificou que 56% dos usuários frequentes eram mulheres, percentual próximo ao encontrado neste estudo.

Blank et al (2005) compararam as características de sexo entre usuários eventuais (definidos pelos autores como aqueles que buscaram atendimento no serviço de urgência menos de quatro vezes no ano), os moderadamente frequentes (que utilizaram o serviço de quatro a 11 vezes) e os altamente frequentes (que utilizaram o serviço mais de 12 vezes). Entre os usuários eventuais, o sexo feminino correspondeu a 50,3%, já entre os usuários moderadamente e altamente frequentes, o percentual aumentou para 55,3% e 55,1%, respectivamente.

Diferentemente dos resultados obtidos por Blank et al (2005), neste estudo se identificou que o sexo masculino é mais prevalente entre os usuários altamente frequentes. Fenômeno similar foi evidenciado por Doupe et al (2012) no Canadá, em que as mulheres correspondiam a 51,3% dos usuários moderadamente frequentes, mas eram apenas 45,7% dos altamente frequentes. Nos Estados Unidos, autores evidenciaram que a grande maioria dos usuários frequentes era do sexo feminino (76%), mas a utilização altamente frequente era significativamente associada ao sexo masculino (MILBRETT; HALM, 2009).

Conforme já foi apresentado na revisão da literatura deste trabalho, a utilização dos serviços de saúde é diferente entre os sexos. De forma geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001). As mulheres, com mais frequência do que os homens, referem ter um serviço de saúde que utilizam regularmente, sendo que elas buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto que os homens buscam mais por motivo de doença (PINHEIRO et al, 2002). No entanto, estudos sugerem que o sexo feminino é mais prevalente nos serviços de urgência do que o masculino, embora as diferenças sejam pequenas (CARRET et al, 2011; CENDÓN; IGLESIA; RODRÍGUEZ, 2010; OLIVATI et al, 2010).

As pessoas do sexo feminino apresentam problemas de saúde de baixa letalidade, mas que produzem geralmente incapacidade e vários sintomas, gerando a grande demanda aos serviços de saúde (PINHEIRO et al, 2002) e, particularmente aos de urgência. Isso pode explicar o fato de ter mais mulheres entre os usuários pouco e moderadamente frequentes.

Já os homens apresentam mais condições crônicas e graves, com maiores taxas de mortalidade do que as mulheres (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2006; PINHEIRO et al, 2002). Em estudo realizado no SAMU de Porto Alegre, foi identificado que o sexo masculino teve mais eventos de gravidade severa e morte do que o sexo feminino (MARQUES, 2010).

O modelo hegemônico da masculinidade (homem deve ser forte, viril e invulnerável) e os horários de trabalho, que coincidem com o horário de funcionamento da maioria dos serviços de saúde, são fatores que influenciam a baixa procura dos serviços de saúde por parte

do sexo masculino (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2006). Dessa forma, indica-se a maior vulnerabilidade dos homens a problemas de saúde mais severos, com repetidas situações agudas, em detrimento às mulheres. Isso pode justificar o fato de usuários altamente frequentes serem mais do sexo masculino do que feminino.

A idade dos usuários frequentes variou de 18 a 93 anos, sendo que a média foi de 53,37 anos (desvio padrão=18,26). Entre os grupos de UPF e UMF houve pouca diferença entre as médias de idade, que foram, respectivamente, 52 e 53. Já entre os UAF, a média foi mais alta, 57 com uma diferença de cinco e quatro anos dos UPF e UMF. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a média dos grupos de usuários frequentes (tabela 3).

Tabela 3 – Descrição da amostra segundo a frequência (n), média, desvio padrão dos grupos de usuários frequentes, estratificados pela idade, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Idade			(p-valor)*
	n	Média	Desvio Padrão	
<b>Grupos de usuários frequentes</b>				0,562**
Pouco frequente	251	52,91	18,481	
Moderadamente frequente	117	53,71	18,268	
Altamente frequente	17	57,71	15,169	
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>53,37</b>	<b>18,269</b>	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado ANOVA.

Apesar de existir uma tendência da média de idade aumentar conforme o grupo de usuários, como é mostrado na tabela 3, o teste de correlação não-paramétrico de Spearman não mostrou associação significativa entre a idade dos indivíduos e o número de reincidências no serviço ( $p=0,191$ ).

Porém, Fuda e Immekus (2006) afirmam que a idade pode ser um fator associado à utilização frequente de serviços de urgência. Usuários frequentes têm geralmente idade mais elevada do que os usuários eventuais (SANDOVAL et al, 2010; MOORE et al, 2009; JELINEK et al, 2008). Shiber, Longley e Brewer (2009) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos sobre a utilização repetida dos serviços de urgência e constataram que a média de idade dos usuários frequentes era 49 anos, enquanto que a dos usuários eventuais era 37. Já em pesquisa realizada na Austrália, foi identificado que a média de idade dos usuários frequentes era 50 anos e dos eventuais, 43 (DENT et al, 2003). Contudo, nos estudos de Sandoval et al (2010), Moore et al (2009), Shiber, Longley e Brewer (2009), Jelinek et al

(2008) e Dent et al (2003), a média de idade dos usuários frequentes variou de 45 a 50 anos, sendo, portanto, inferior à média de 53 anos, encontrada neste trabalho.

Diferentemente dos resultados deste estudo, Moore et al (2009) verificaram que a média de idade aumentava com o número de reincidências no serviço de urgência. Segundo os autores, usuários eventuais tinham como média 32 anos, os pouco frequentes, 33, os moderadamente frequentes, 36 e os altamente frequentes, 45. No entanto, as médias encontradas nos resultados deste estudo são superiores, 52, 53 e 57 dos UPF, UMF e UAF, respectivamente.

Na tabela 4, verifica-se que o grupo etário de 61 a 79 anos concentrou o maior número de usuários, 135 (35,1%). Os idosos (usuários dos grupos de 61 a 79 anos e mais de 80 anos) representam 41,1% da amostra. Identifica-se também que o percentual de usuários aumenta concomitantemente com a idade nos grupos etários de 18 a 79 anos, diminuindo para os maiores de 80 anos.

Tabela 4 – Descrição da amostra segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grupo etário, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Grupo Etário (em anos)</b>		
18 – 40	101	26,2
41 – 60	126	32,7
61 – 79	135	35,1
80 ou mais	23	6,0
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>100,0</b>

Fonte: autora.

Corroborando com esses achados, Oliveira (2008) e Hansagi et al (2001) evidenciaram que os idosos são os que mais utilizam repetidamente os serviços de urgência, quando comparado aos demais grupos etários. Pines et al (2011) e Paul et al (2010) afirmam que pessoas em faixas etárias mais elevadas estão associadas a maior chance de se tornarem usuários frequentes do que aquelas em grupos etários mais jovens. Estudos indicam que quanto maior for o grupo de idosos na população geral dos serviços de urgência, mais usuários frequentes existiriam (HUANG et al, 2008; HANSAGI et al, 2001; ORTEGA; HAMALAINEN; ESPINOSA, 1999).

A porcentagem de busca por atendimento nos serviços de urgência pelos idosos têm aumentado nos últimos anos (XU, NELSON, BERK, 2009; ROBERTS; MCKAY; SHAFFER, 2008; GEORGE; JELL; TODD, 2006). No âmbito internacional, os idosos são responsáveis de 12 a 21% dos atendimentos desses serviços (SALVI et al, 2007;

AMINZADEH; DALZIEL, 2002). Já no Brasil, estudos têm descrito que os idosos representam de 11 a 17% dos atendimentos no serviço de urgência (OLIVATI et al, 2010; OLIVEIRA et al, 2010; CARRET et al, 2011). Aparentemente não parece ser um número elevado, mas quando é considerada a taxa anual de utilização, eles têm as maiores taxas comparados às demais faixas etárias (SALVI et al, 2007; AMINZADEH; DALZIEL, 2002).

O Município de Porto Alegre apresenta a maior população idosa do Brasil. Segundo resultados do Censo Demográfico de 2010, o número de pessoas acima de 60 anos aumentou 32% em relação ao ano de 2000 na cidade, sendo que atualmente pouco mais de 15% dos habitantes de Porto Alegre são idosos (OBSERVAPOA, 2012). Consequentemente, o serviço de urgência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atende a um percentual elevado de idosos.

O envelhecimento está associado a uma maior prevalência das condições crônicas e incapacitantes. Em estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) foi identificado que 69% dos idosos relataram ter pelo menos uma doença crônica, sendo que a presença de doença crônica aumentou com a idade (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Já outro estudo que analisou a utilização de serviços de saúde por idosos em São Paulo evidenciou que mais de 18% dos idosos declararam apresentar três ou mais doenças crônicas e 54% auto-avaliaram sua saúde como regular/má. Segundo os autores, o uso de serviços de saúde foi maior entre idosos com pior auto-percepção de saúde e com doenças crônicas (LOUVISON et al, 2008).

Dessa forma, os idosos têm mais probabilidade de utilizar os serviços de saúde e, especialmente, os de urgência. Por serem, de modo geral, mais vulneráveis pelas condições socioeconômicas e clínicas de saúde, os idosos procuram os serviços de urgência por situações de caráter mais urgente e permanecem mais tempo no serviço do que os usuários mais jovens (SALVI et al, 2007; AMINZADEH; DALZIEL, 2002).

Embora neste estudo o grupo dos idosos seja maior entre usuários frequentes, cabe ressaltar que 59% dos indivíduos estão nos grupos etários de 18 a 60 anos. Isso indica que uma população economicamente ativa tem necessitado de cuidados de urgência repetidamente, o que pode trazer prejuízos no trabalho, no estilo de vida, no cuidado da família e no lazer (MARQUES, 2010).

Com relação ao estado conjugal, verifica-se que os maiores percentuais são entre os casados (40,8%) e os solteiros (41,6%). Viúvos correspondem a 9,6% dos usuários frequentes e divorciados, 8,1%. Quando comparados aos grupos de reincidência no serviço de urgência, casados representam 58,8% dos UAF, porém diminuem para 41,9% em UMF e 39% em UPF.

Já os solteiros são 43% dos UPF, decaindo para 41% entre os UMF e 23,5% entre os UAF. Os divorciados são mais frequentes no grupo dos UMF e os viúvos, no dos UAF (tabela 5). Contudo, as diferenças entre os grupos com relação ao estado conjugal não foram estatisticamente significantes.

Tabela 5 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de estado conjugal, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Estado Conjugal</b>							0,732**
Casado	98	39,0	49	41,9	10	58,8	
Divorciado	20	8,0	10	8,5	1	5,9	
Solteiro	108	43,0	48	41,0	4	23,5	
Viúvo	25	10,0	10	8,5	2	11,8	
Total	251	100	117	100	17	100	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

O fato do percentual de casados ser progressivo entre UPF, UMF e UAF pode ser justificado pela média de idade dos usuários. Como a média de idade aumenta com a elevação de reincidências no serviço de urgência, a chance de UMF e UAF serem casados é maior do que UPF. O inverso ocorre com os solteiros, sendo que, como a idade dos UPF é menor, eles têm mais chances de ser solteiros.

No estudo de Byrne et al (2003), solteiros eram 40% da amostra dos usuários frequentes e casados, 35%, percentuais mais próximos aos encontrados neste trabalho. Já nas pesquisas de Sandoval et al (2010) e Milbrett e Halm (2009), ambas realizadas nos Estados Unidos, foi identificado que 62 e 69% dos usuários frequentes eram solteiros.

No que tange ao grau de instrução dos usuários frequentes, chama a atenção a elevada quantidade de indivíduos com poucos anos de estudo. Conforme indica a tabela 6, nos três grupos de usuários frequentes a maior concentração é de indivíduos com o primeiro grau incompleto, seguida por aqueles com o primeiro grau completo. Entre os UPF e os UAF, o percentual de pessoas com nenhum grau de instrução é maior do que os com o terceiro grau incompleto ou completo. O grau de instrução não teve associação significativa com os grupos de usuários frequentes (teste exato de Fisher,  $p=0,421$ ), nem com o número de reincidências no serviço (correlação não-paramétrica de Spearman,  $p=0,539$ ).

Tabela 6 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grau de instrução, Porto Alegre, 2012. (n=370)

Grau de Instrução	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
Nenhum	9	3,8	5	4,4	1	5,9	0,421**
1º incompleto	138	57,5	52	46,0	10	58,8	
1º completo	40	16,7	25	22,1	3	17,6	
2º incompleto	7	2,9	6	5,3	2	11,8	
2º completo	40	16,7	19	16,8	1	5,9	
3º incompleto	2	0,8	2	1,8	0	0,0	
3º completo	4	1,7	4	3,5	0	0,0	
Total	240	100	113	100	17	100	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Diversas pesquisas indicam que a escolaridade é um fator que influencia na auto-percepção de saúde e na utilização de serviços de saúde (CARRET et al, 2011; KASSOUF, 2005; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003). Em estudo sobre os determinantes de desigualdades sociais na auto-percepção do estado de saúde no Brasil, Dachs (2002) identificou que 13,5% das pessoas sem nenhum grau de instrução ou com menos de um ano de estudo classificaram sua saúde como ruim ou muito ruim, porcentual muito diferente do encontrado entre pessoas com 15 anos ou mais de estudo (1,1%). Da mesma forma, em estudo realizado com idosos na América Latina, foi evidenciado que os indivíduos com maiores graus de instrução apresentavam melhores estados de saúde (NORONHA; ANDRADE, 2005).

Noronha e Andrade (2005) também identificaram uma desigualdade favorável aos idosos com maiores graus de instrução na utilização dos serviços de saúde ambulatoriais, de forma que o número médio de consultas foi de 29 a 81% maior para pessoas com mais de sete anos de estudo em comparação com o grupo de menor escolaridade. Segundo Neri e Soares (2002), apesar de pessoas com maiores níveis de escolaridade terem melhores estados de saúde, elas têm mais chances de procurar serviços de saúde do que as menos instruídas.

No que diz respeito à busca por atendimento nos serviços de urgência, tem sido mostrada uma associação inversa, ou seja, quanto maior o grau de instrução, menor é a utilização desses serviços (CARRET et al, 2011; BAQUEDANO, 2008). No estudo de Carret et al (2011) realizado em serviço de urgência de Pelotas, foi identificado que 12% dos



usuários eram analfabetos, mais de 24% tinham estudado de um a quatro anos e apenas 3,7% tinham 12 anos ou mais de estudo. Em outra pesquisa realizada em serviço de urgência no México com usuários com diabetes mellitus, foi evidenciado que 37,5% tinham cursado o primário (de um a seis anos de estudo), 24,7%, o secundário (sete a nove anos) e 23,5% o preparatório (de 10 a 12 anos). Somente 14,3% tinham cursado o ensino superior. Foi constatado que quanto maior a escolaridade dos usuários, maior é a capacidade de autocuidado com o diabetes (BAQUEDANO, 2008).

Indivíduos com baixo grau de instrução, além de terem condições de saúde mais precárias e barreiras no acesso e utilização de serviços de saúde em geral, podem apresentar dificuldades na compreensão das orientações dadas pelos profissionais sobre prevenção de agravos e acompanhamento de problemas de saúde. Sabe-se que pessoas com menor escolaridade têm menor nível de adesão ao tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Assim, esses usuários estão mais vulneráveis a apresentar situações agudas, necessitando de pronto atendimento. No caso dos usuários frequentes dos serviços de urgência, necessitam de atendimento repetidas vezes.

As queixas mais frequentes dos usuários no momento da classificação de risco foram náuseas e vômitos (16,6%), dispnéia (16,6%), dor abdominal (16,4%), febre (12,7%), dor nas costas (10,1%), tosse (8,3%), dor torácica (7,5%), enxaqueca ou cefaléia (6,8%) e fraqueza ou cansaço (6,8%). As queixas menos frequentes foram hipotensão (0,8%), hipoglicemia (0,5%), parada cardiorrespiratória (0,5%), mialgia/neuralgia (0,5%) e hiperglicemia (0,3%). Cabe ressaltar que um indivíduo poderia apresentar mais de uma queixa.

Conforme se observa no quadro 1, as queixas de dor abdominal, dispnéia e náuseas e vômitos são as mais encontradas entre os três grupos de usuários frequentes. Destaca-se a presença de mal estar geral e disúria com 17,6% entre os UAF, percentuais bastante diferenciados dos encontrados nos grupos de UPF e UMF.

Quadro 1 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a porcentagem (%) da variável de queixa principal, Porto Alegre, 2012.  
(n=385)  
(Continua)

Queixa Principal*	Grupo de usuários frequentes			
	Total (%)	UPF (%)	UMF (%)	UAF (%)
Dispnéia	16,6	13,9	19,7	35,3
Náuseas / vômitos	16,6	18,7	12,0	17,6
Dor abdominal	16,4	15,1	17,9	23,5
Febre	12,7	12,4	15,4	0,0
Dor nas costas	10,1	9,2	12,0	11,8
Tosse	8,3	9,2	6,8	5,9
Dor torácica	7,5	9,6	2,6	11,8
Fraqueza / cansaço	6,8	6,4	8,5	0,0
Enxaqueca / cefaléia	6,8	6,4	8,5	0,0
Inapetência	6,0	6,0	6,8	0,0
Diarréia	5,5	6,8	3,4	0,0
Tontura	5,2	4,0	8,5	0,0
Dor em extremidades / membros	4,9	4,8	6,0	0,0
Mal estar geral	4,4	1,6	8,5	17,6
Disúria	4,2	3,2	4,3	17,6
Edema em membros	4,2	4,0	4,3	5,9
Dor não especificada	3,9	4,4	3,4	0,0
Dor de garganta	2,6	2,8	2,6	0,0
Sangramento gastrointestinal	2,1	2,4	1,7	0,0
Hematúria	2,1	2,0	2,6	0,0
Confusão mental	1,8	1,6	2,6	0,0
Cuidados com sonda vesical	1,8	1,2	1,7	11,8
Sudorese	1,8	2,4	0,9	0,0
Convulsão	1,6	1,6	1,7	0,0
Síncope	1,3	1,6	0,0	5,9
Dor cervical	1,0	1,2	0,9	0,0
Ascite	1,0	0,4	1,7	5,9
Hipertensão arterial	1,0	1,2	0,9	0,0

Quadro 1 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a porcentagem (%) da variável de queixa principal, Porto Alegre, 2012. (n=385)  
(Conclusão)

Queixa Principal*	Grupo de usuários frequentes			
	Total (%)	UPF (%)	UMF (%)	UAF (%)
Hipotensão arterial	0,8	1,2	0,0	0,0
Hipoglicemia	0,5	0,4	0,9	0,0
Mialgias / neuralgias	0,5	0,4	0,9	0,0
Parada cardiorrespiratória	0,5	0,4	0,9	0,0
Hiperglicemia	0,3	0,0	0,9	0,0
Outro	26,0	28,3	20,5	29,4

Fonte: autora.

\*Mais de uma resposta

Segundo Jelinek et al (2008), os usuários frequentes apresentam queixas geralmente associadas a problemas clínicos de saúde, enquanto que os usuários eventuais têm mais problemas relacionados a traumas e causas externas. O mesmo foi evidenciado em estudo sobre a utilização frequente de um serviço de urgência na Austrália (MARKHAM; GRAUDINS, 2011). No entanto, LaCalle e Rabin (2010) declararam em uma revisão sistemática que as principais queixas dos usuários frequentes variam conforme o local de estudo. O Serviço de Emergência do HCPA não é referência regional para o atendimento a traumas e causas externas, o que justifica o fato de somente um usuário frequente ter procurado o serviço com uma queixa não relacionada a problemas clínicos.

Apesar das queixas se diferenciarem muito nos estudos, a grande maioria dos autores afirmam que a utilização frequente está relacionada à dor (PINES et al, 2011; MILBRETT; HALM, 2009; MEHL-MADRONA, 2008; MILARD, 2007; BLANK et al, 2005; CHAN; OVENS, 2004). Assim como neste estudo, as queixas mais frequentes relacionadas à dor são dor abdominal, enxaqueca ou cefaléia e dor nas costas (MILBRETT; HALM, 2009; FUDA; IMMEKUS, 2006; BLANK et al, 2005).

A dor é uma queixa bastante presente nos serviços de urgência, porém, poucas vezes é um sintoma abordado pela equipe de saúde. É considerada uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal e não existe um instrumento padrão que permita a um observador externo, como o profissional de saúde, mensurar objetivamente essa experiência interna e complexa (BOTTEGA; FONTANA, 2010). No serviço de urgência deste estudo, destacam-se os indivíduos com danos crônicos, que procuram atendimento para solucionar a dor. Conforme

Blank et al (2005), usuários frequentes buscam a resolutividade da dor, que é muitas vezes crônica, em serviços de urgência, mas são pouco compreendidos pelos profissionais que os atendem.

Outro fator importante para a busca repetida de atendimento nos serviços de urgência é a agudização de doenças crônicas. Conforme algumas pesquisas, essa é a principal queixa dos usuários frequentes (PAUL et al, 2010; MILBRETT; HALM, 2009; SHIBER; LONGLEY; BREWER, 2009; BYRNE et al, 2003; WILLIAMS et al, 2001; HANSAGI et al, 2001; MANDELBERG; KUHN; KOHN, 2000).

Na etapa quantitativa deste estudo não foi possível verificar se as queixas principais dos usuários eram relacionadas a problemas crônicos de saúde, porém foi identificado que 84,4% dos usuários frequentes apresentavam alguma condição crônica. Foi utilizada a definição de condição crônica proposta por Mendes (2012, p.32): “*A condição crônica têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e no caso de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente*”. Segundo o autor, as condições crônicas vão muito além das doenças crônicas, envolvem doenças infecciosas persistentes, podem ser relacionadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, a deficiências físicas contínuas, a distúrbios mentais de longo prazo e, portanto, a condições de saúde em que há sofrimento por tempo prolongado.

Concordando com os resultados deste estudo, Peppe et al (2007) constataram que cerca de 84% dos usuários frequentes nos Estados Unidos tinham alguma condição crônica, sendo que o percentual entre os usuários eventuais é de 64%. Já em outro realizado na Grã-Bretanha, mais de 90% dos indivíduos que buscaram o serviço de urgência repetidas vezes apresentavam condições crônicas (WILLIAMS et al, 2001).

As condições crônicas mais frequentes encontradas entre os sujeitos desta pesquisa foram hipertensão arterial sistêmica (34,5%), câncer (20,5%), diabetes mellitus (18,4%), história de tabagismo (17,1%) e cardiopatia (14,8%). Outras morbidades apresentadas foram: acidente vascular encefálico (6,5%), doença pulmonar obstrutiva crônica (5,7%), insuficiência renal crônica (5,2%), história de abuso de álcool (4,7%), dislipidemia (4,2%), infecção por vírus da imunodeficiência humana (3,6%), hepatite C (3,6%), asma (3,4%), cirrose (3,1%), litíase renal (2,6%), depressão (2,6%), etc. Cabe ressaltar que um indivíduo poderia apresentar mais de uma morbidade.

A tabela abaixo (7) mostra as cinco condições crônicas mais prevalentes entre os indivíduos, estratificada por grupo de usuários frequentes, sendo que as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Tabela 7 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a porcentagem (%) da variável de queixa principal, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Hipertensão arterial sistêmica</b>							0,203**
Sim	91	36,3	34	29,3	8	47,1	
Não	160	63,7	82	70,7	9	52,9	
<b>Câncer</b>							0,438**
Sim	47	18,7	28	24,1	4	23,5	
Não	204	81,3	88	75,9	13	76,5	
<b>Diabetes mellitus</b>							0,227**
Sim	41	16,3	25	21,6	5	29,4	
Não	210	83,7	91	78,4	12	70,6	
<b>História de tabagismo</b>							0,366**
Sim	41	16,3	20	17,2	5	29,4	
Não	210	83,7	96	82,8	12	70,6	
<b>Cardiopatia</b>							0,814**
Sim	38	15,1	16	13,8	3	17,6	
Não	213	84,9	100	86,2	14	82,4	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Corroborando com os achados deste estudo, outras pesquisas mostram que as morbidades mais encontradas nos usuários frequentes são relacionadas a problemas circulatórios, respiratórios, neurológicos, psiquiátricos, endócrinos e ao câncer (DOUPE et al, 2012; PINES et al, 2011; SHIBER; LONGLEY; BREWER, 2009; HANSAGI et al, 2001; WILLIAMS et al, 2001; MANDELBERG; KUHN; KOHN, 2000). No trabalho de Sandoval et al (2010) foi identificado que os problemas crônicos mais prevalentes entre usuários frequentes eram hipertensão arterial sistêmica, depressão, asma e diabetes. Ainda, em pesquisa realizada com idosos de um serviço de urgência dos Estados Unidos foi evidenciado que os usuários frequentes tinham mais chances de ter um problema cardíaco ou respiratório do que os eventuais (WAJNBER, et al, 2011).

Foi identificado que 2,6% dos indivíduos tinham depressão e 2,3%, outros transtornos psiquiátricos. O Serviço de Emergência do HCPA não é referência regional para o atendimento psiquiátrico, o que pode explicar a obtenção de percentuais superiores em resultados de outras pesquisas, variando de 11 a 36% de usuários frequentes com problemas psiquiátricos (MILBRETT, HALM, 2009; BYRNE et al, 2003). Segundo Hunt et al (2006), 50% dos usuários frequentes relataram ter pior estado de saúde mental.

Outro achado que tem sido bem diferenciado entre os estudos sobre a utilização frequente dos serviços de urgência é o abuso de álcool e de drogas ilícitas. Nesta pesquisa foi constatado que apenas 4,7% dos usuários tinham história de abuso de álcool e 2,1%, de drogas. Resultados similares foram encontrados por Milbrett e Halm (2009), Blank et al (2005) e Hansagi et al (2001), em que a porcentagem de usuários frequentes com problemas relacionados ao álcool/drogas era baixa, entre 3 e 4%. Já outros estudos apresentaram percentuais bem mais elevados. Byrne et al (2003) identificaram que 38% dos usuários frequentes eram mais comumente vistos com problemas relacionados ao álcool e Mehl-Madrona (2008) afirma que 12,3% dos diagnósticos psiquiátricos de usuários frequentes são relacionados ao abuso de álcool. No estudo de Doupe et al (2012), foi visto que 67,3% dos usuários frequentes eram dependentes de substâncias.

Dessa forma, pode-se afirmar que os usuários frequentes são um grupo com características heterogêneas, já que não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Contudo, é possível observar fatores que tornam esses indivíduos mais vulneráveis, como a idade avançada, a baixa escolaridade e a alta prevalência de condições crônicas.

### **5.1.2 Padrão da utilização do serviço de urgência por usuários frequentes**

A maior parte dos atendimentos foi de indivíduos residentes do próprio município de Porto Alegre (66,2%). Porém, a porcentagem de usuários que moram na região metropolitana da capital gaúcha também é alta, 30,1%. A tabela 8 representa a distribuição da demanda dos grupos de usuários frequentes segundo o município de residência. Verifica-se que o número de indivíduos residentes na região metropolitana ou em outros municípios do Estado diminui com o aumento do número de reincidências no serviço, de forma que o percentual de pessoas que moram em Porto Alegre passa de 62,9% dos UPF para 76,5% dos UAF, embora não exista associação estatisticamente significativa.

Tabela 8 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de cidade de residência, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Cidade de residência</b>							0,494**
Porto Alegre	158	62,9	84	71,8	13	76,5	
Região							
Metropolitana	83	33,1	29	24,8	4	23,5	
Outros	10	4,0	4	3,4	0	0,0	
Total	251	100	117	100	17	100	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Dentre os usuários que residem em Porto Alegre (n=254), 21,7% moram em áreas da Gerência Distrital Centro, 16,5%, da Partenon/Lomba do Pinheiro, 14,6%, da Glória/Cruzeiro/Cristal e 14,6% da Sul/Centro Sul (tabela 9).

Tabela 9 – Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de Gerência Distrital, Porto Alegre, 2012. (n=254)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Gerência Distrital</b>		
Centro	55	21,7
Glória/Cruzeiro/Cristal	37	14,6
Leste/Nordeste	35	13,8
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	18	7,1
Norte/Eixo Baltazar	15	5,9
Partenon/Lomba do Pinheiro	42	16,5
Restinga/Extremo Sul	15	5,9
Sul/Centro Sul	37	14,6
Total	254	100,0

Fonte: autora.

Estudos sobre a utilização dos serviços de urgência têm apontado que a maioria da demanda é procedente da cidade onde o serviço está localizado (OLIVEIRA et al, 2011; COELHO et al, 2010). Em Capão Bonito, interior de São Paulo, foi observado que mais de 87% dos atendimentos em uma unidade de urgência hospitalar eram de pessoas que moravam no município e 12,8% eram de outros da região (OLIVATI et al, 2010).

Simons (2008) identificou que mais de 80% dos usuários de um serviço de urgência de Maceió eram residentes da capital alagoana. Foi verificado que a taxa de atendimentos considerados não adequados diminuía conforme aumentava a distância do município de residência para o serviço de urgência. A partir de testes de correlação, foi evidenciado que

quanto menor for a distância entre residência e serviço, aumenta o número de atendimentos e diminui a adequação.

No que diz respeito aos usuários frequentes adultos, não foi encontrado nenhum estudo para discutir os resultados. Porém, uma pesquisa realizada na França identificou que crianças que buscaram mais de 5 vezes um serviço de urgência tinham mais chances de morar próximo ao hospital do que os usuários pediátricos eventuais (MAUGEIN et al, 2011).

Neste estudo foi visto que grande parte da demanda frequente ao serviço de urgência do HCPA é procedente do município de Porto Alegre, porém ainda é elevada a quantidade de pessoas que buscaram mais de quatro vezes o serviço em um ano que moram em outras cidades.

A grande maioria dos usuários frequentes (85,4%) buscou o serviço de urgência por demanda espontânea. Quase 11% dos usuários foram encaminhados do ambulatório do hospital para o serviço de urgência, 2,3% foram levados por serviços móveis de urgência e apenas 0,5% foram referenciados de Unidades Básicas de Saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família (tabela 10). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes sobre a procedência entre os grupos de UPF, UMF e UAF utilizando o teste exato de Fisher ( $p=0,576$ ).

Tabela 10 – Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de procedência, Porto Alegre, 2012. (n=384)

<b>Procedência</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Demanda espontânea	328	85,4
Serviço de atendimento móvel de Urgência	9	2,3
UBS/ESF	2	0,5
Ambulatório do HCPA	42	10,9
Outro	3	0,8
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>

Fonte: autora.

Diversos estudos corroboram com esses resultados, pois autores afirmam que a maioria dos atendimentos é decorrente da demanda espontânea, tanto na utilização geral quanto frequente dos serviços de urgência (OLIVEIRA et al, 2011; GIBSON et al, 2010; MOORE et al, 2009; ZANBON et al, 2007).

Identificou-se que o percentual de pessoas que foram conduzidas por serviços de atendimento móvel de urgência foi de 2,3%. Em contrapartida, algumas pesquisas apontam que usuários frequentes são muito mais vezes levados ao serviço de urgência por serviços



móveis, como ambulâncias, do que usuários eventuais (GIBSON et al, 2010; PAUL et al, 2010; MOORE et al, 2009; JELINEK et al, 2008). No estudo de Gibson et al (2010) foi identificado que 10,4% dos usuários frequentes chegaram ao serviço de ambulância, enquanto que no estudo de Moore et al (2009) o percentual sobe para quase 25%.

Em Londrina foi observado que 11,6% das pessoas atendidas em uma unidade de urgência tinham sido encaminhadas por unidades básicas de saúde e 4,6%, por serviços ambulatoriais (FEIJÓ, 2010). Os resultados encontrados neste estudo mostram o contrário, quase 11% dos usuários foram encaminhados do ambulatório do hospital e apenas 0,5% foram referenciados por serviços de atendimento primário. A baixa participação das unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família na referência de usuários frequentes para os serviços de urgência indica a reduzida quantidade de busca às unidades por indivíduos que utilizam o serviço de urgência várias vezes.

Já o ambulatório do próprio hospital apresenta uma maior participação na referência de usuários para atendimento no serviço de urgência. 42 usuários foram consultar no ambulatório e foram encaminhados para a unidade de urgência. Isso indica que esses usuários já têm vínculo com a instituição e que necessitaram de atendimento de urgência, seja por uma agudização de um problema de saúde, seja para realizar exames de urgência ou efetuar uma internação.

Identificou-se ainda que, do total de 385 indivíduos que compuseram a amostra do estudo, 104 usuários (27%) retornaram ao serviço para reavaliação ou buscar exames por orientação dos profissionais na alta anterior. Conforme mostra a tabela 11, o percentual de retornos realizados por UPF foi significativamente superior ao encontrado entre os UMF e UAF (resíduo ajustado de 2,9). Corroborando com este achado, o teste de Mann-Whitney indicou uma associação entre o número de reincidências no serviço e a incidência de retornos, sendo que as pessoas que buscaram atendimento devido a um retorno acertado com um profissional de saúde em alta anterior utilizaram menos vezes o serviço do que os usuários mais frequentes ( $p=0,001$ ).

Tabela 11 – Descrição da amostra segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de retorno agendado para o serviço de urgência, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Retorno agendado para o serviço de urgência</b>							0,011**
Sim	80	31,9	22	18,8	2	11,8	
Não	171	68,1	95	81,2	15	88,2	
Total	251	100	117	100	17	100	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Nenhum estudo sobre a utilização frequente dos serviços de urgência apontou a existência desses retornos marcados. Porém, uma pesquisa sobre a utilização geral de um serviço de urgência no interior de São Paulo evidenciou que 8% dos usuários que procuraram o serviço tinham o retorno de consulta (OLIVATI et al, 2010). Souza (2010) constatou que, durante o atendimento na Unidade de Pronto Atendimento, 2,12% dos usuários foram orientados a retornar à unidade pelos médicos. Já em outro estudo, foi constatado que apenas 4,2% dos indivíduos justificaram a ida ao serviço para buscar o resultado de exame realizado anteriormente (GOMIDE et al, 2012). Ambos os estudos apresentaram percentuais bem inferiores ao encontrado neste trabalho.

Os dias da semana nos quais os usuários frequentes mais procuraram o serviço de urgência foram quinta e sexta-feira, sendo que cada um teve 17,7% das buscas. Os dias menos procurados foram sábado (9,4%) e domingo (9,1%), conforme indica a tabela 12.

Tabela 12 – Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de dia de atendimento, Porto Alegre, 2012. (n=384)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Dia de Atendimento</b>		
Segunda-feira	56	14,6
Terça-feira	61	15,9
Quarta-feira	60	15,6
Quinta-feira	68	17,7
Sexta-feira	68	17,7
Sábado	36	9,4
Domingo	35	9,1
Total	384	100,0

Fonte: autora.

Pode-se observar que 81,3% da procura no serviço ocorreu em dias úteis. Enquanto que apenas 17,5% dos UPF e 18,1% dos UMF utilizaram o serviço no final de semana, o percentual aumenta para 35,3% no grupo dos UAF (tabela 13).

Tabela 13 – Descrição da amostra segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grupos de dia de atendimento, Porto Alegre, 2012. (n=384)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Dia de atendimento</b>							0,206**
Dias úteis	207	82,5	95	81,9	11	64,7	
Final de Semana	44	17,5	21	18,1	6	35,3	
Total	251	100	116	100	17	100	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

O turno de atendimento mais demandado pelos usuários frequentes foi a manhã, com 59,1%. A tarde correspondeu a 23,1% e a noite, 17,8% (tabela 14). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes sobre o turno de atendimento entre os grupos de UPF, UMF e UAF com a aplicação do teste exato de Fisher ( $p=0,407$ ).

Tabela 14 – Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de turno de atendimento, Porto Alegre, 2012. (n=381)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Turno de Atendimento</b>		
Manhã	225	59,1
Tarde	88	23,1
Noite	68	17,8
Total	381	100,0

Fonte: autora.

Um estudo prévio sobre a utilização geral de um serviço de urgência de Pelotas identificou que os dias da semana mais demandados são domingos e feriados. Os turnos da tarde e da noite tiveram maior procura, sendo que o primeiro correspondia a 33,8% e o segundo a 31,7% da demanda (CARRET et al, 2011). Em outro estudo realizado na Espanha, os dias mais demandados de uma unidade de pronto atendimento também foram domingos e feriados (CENDÓN; INGLESIA; RODRÍGUEZ, 2010). Conforme esses autores e Caccia-Bava et al (2011), uma das principais razões dos indivíduos procurarem as unidades de pronto-atendimento é a restrição de horário de funcionamento da atenção primária.

Já os resultados desta pesquisa apontam que os usuários frequentes buscam mais o serviço durante os dias de semana e nos turnos da manhã e tarde, dias e horários que outros serviços de saúde estão funcionando. Concordando com estes achados, Mandelberg, Kuhn e Kohn (2000) evidenciaram que 43,2% dos usuários frequentes procuraram atendimento em serviço de urgência nos EUA em horário de funcionamento de outros serviços de saúde, no entanto o percentual dos usuários eventuais foi de 48,5%. Ainda, Oliveira (2008) evidenciou que a metade das visitas realizadas por usuários frequentes em serviço de urgência em Portugal ocorreu no período em que um centro de saúde em frente ao hospital estava aberto. Com base nos resultados desses estudos, pode-se dizer que os usuários frequentes buscam atendimento em unidades de urgência por diversos motivos, sendo que a restrição de horário de outros serviços de saúde não é uma causa isolada.

Em contrapartida, Moore et al (2009) observaram que, embora a diferença seja pequena e não significativa, quanto mais aumenta o número de reincidências no serviço de urgência, maior é a quantidade de usuários buscando atendimento em horários que outros serviços de saúde não estão funcionando. Conforme indica a tabela 13, neste estudo foi visto que os usuários altamente frequentes buscaram mais atendimento nos finais de semana do que os moderadamente e pouco frequentes, o que está de acordo com o estudo de Moore et al (2009).

Destaca-se que 58,4% de usuários buscaram atendimento no turno da manhã, o que pode indicar que muitos indivíduos passaram a noite com algum sofrimento causado pelo problema de saúde e que esperaram até a manhã para se deslocarem ao serviço de urgência. Outro fator influente podem ser as orientações da própria equipe que trabalha no local para que os usuários retornem nesse turno.

No que tange à classificação de risco obtida na chegada ao serviço de urgência, constatou-se que usuários frequentes apresentam, de modo geral, gravidades moderadas e altas. No total, 6,9% foram classificados como atendimento imediato e 18% como de alto risco, sendo que essas duas classificações juntas, consideradas de alta gravidade, equivalem a 24,9% dos usuários. Identificou-se que 38,6% dos indivíduos foram classificados como de risco intermediário, 34,6% como baixo risco e 2% como não urgente. Cabe ressaltar que no prontuário de 35 usuários não foram registradas a classificação de risco ou essa foi dada como branca (classificação que indica indivíduos que não têm problemas urgentes, mas por critérios administrativos utilizam o serviço como porta de entrada para receberem algum cuidado, processo diagnóstico ou terapêutico que possa ser programado). A tabela 15 mostra esses dados.

Tabela 15 – Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável de classificação de risco, Porto Alegre, 2012. (n=350)

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Classificação de risco</b>		
Atendimento imediato	24	6,9
Risco alto	63	18,0
Risco intermediário	135	38,6
Risco baixo	121	34,6
Não urgente	7	2,0
Total	350	100,0

Fonte: autora.

A partir da realização do teste exato de Fisher, para verificar associação entre os grupos de UPF, UMF e UAF e a classificação de risco, foi identificado que os dados não são estatisticamente significantes ( $p=0,470$ ). Contudo, com a realização do teste de correlação não-paramétrica de Spearman, foi evidenciado que existe uma correlação inversa, ainda que considerada fraca ( $-0,106$ ), entre o número de reincidências do usuário no serviço com a classificação de risco, ou seja, quanto maior o número de vezes que o indivíduo busca atendimento, mais vezes ele é classificado nas categorias de risco mais altas, consideradas urgentes (tabela 16).

Tabela 16 – Correlação não-paramétrica entre as variáveis de reincidência no serviço de urgência e de classificação de risco obtida no último atendimento, Porto Alegre, 2012. (n=350)

	<b>Reincidências no serviço</b>
<b>Classificação de risco</b>	
Coefficiente de correlação	-0,106
Nível de significância (p-valor)*	0,048**
Frequência da amostra (n)	350

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste de correlação não-paramétrica de Spearman.

Moore et al (2009) analisaram a classificação de risco de usuários frequentes e eventuais de um serviço de urgência na Grã-Bretanha, sendo que para questões de análise os autores criaram duas categorias: casos urgentes (usuários classificados como atendimento imediato, risco alto e intermediário) e casos não urgentes (classificados como risco baixo e não urgente). Foi identificado que a proporção de casos urgentes crescia com o aumento de reincidências no serviço, de forma que somente 36,1% dos indivíduos com uma única ida ao serviço em um ano foram dados como urgentes e o percentual aumentou para 46% entre os

que foram quatro vezes no período, 50,6% entre os que foram de cinco a nove vezes e 54,3% entre os que foram mais de dez vezes.

Utilizando as categorias propostas por Moore et al (2009), neste estudo foi visto que 63,5% dos usuários frequentes foram classificados como casos urgentes. A tabela 17 mostra que eram urgentes 60,5% dos UPF, aumentando para 69,7% entre UMF e reduzindo novamente para 61,5% entre UAF. Diferentemente do encontrado por Moore et al (2009), a porcentagem de casos urgentes diminuiu para os indivíduos que buscaram mais de 12 vezes o serviço em um ano, embora ainda seja superior à encontrada pelos autores citados. Não foram encontradas associações significantes entre os grupos de UPF, UMF e UAF e os grupos de classificação de risco.

Tabela 17 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de grupos de classificação de risco, Porto Alegre, 2012.

(n=350)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Grupos de classificação de risco</b>							0,127**
Urgente	138	60,5	76	69,7	8	61,5	
Não urgente	90	39,5	33	30,3	5	38,5	
Total	228	100	109	100	13	100	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Segundo Oliveira et al (2011), grande parte dos indivíduos que buscam atendimento em serviço de urgência são classificados como risco baixo (67%) ou não urgente (18%). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, dados do Relatório de Informações Gerenciais mostram que 43% dos usuários que buscaram atendimento no Serviço de Emergência no ano de 2011 foram classificados nas categorias de atendimento imediato, risco alto e intermediário (HCPA, 2011d). Esse valor é bem inferior ao encontrado entre os usuários frequentes deste estudo (63,5%), o que indica que usuários frequentes têm maiores percentuais de risco alto e moderado do que o restante da população que busca atendimento nos serviços, porém essa análise não é conclusiva.

Achados similares a estes foram encontrados em estudos realizados nos Estados Unidos, Austrália e Singapura (PAUL et al, 2010; JELINEK et al, 2008; SUN; BURSTIN; BRENNAN, 2003). Segundo os autores, os usuários frequentes têm maiores percentuais de risco alto e moderado do que o restante da população que busca atendimento nos serviços.

No estudo realizado na Austrália foi visto que usuários que utilizaram de cinco a 19 vezes um serviço de urgência em um ano tiveram maiores porcentagens nas três categorias mais altas da classificação de risco quando comparadas às dos indivíduos eventuais e os frequentes que buscaram atendimento mais de vinte vezes em um ano (JELINEK et al, 2008). Segundo Ruger et al (2004), usuários que buscaram mais de 20 vezes atendimento em um ano eram mais classificados como não urgentes.

Porém, Paul et al (2010) evidenciaram que os usuários classificados nos dois primeiros níveis de risco tinham mais chances de serem frequentes do que eventuais. Já outra pesquisa identificou que usuários frequentes tinham riscos maiores de serem admitidos com uma classificação de risco baixa (MANDELBERG; KUHN; KOHN, 2000).

Com relação ao tempo de permanência no serviço de urgência, foi identificada uma média de 33,09 horas (desvio padrão=55,02 horas). 25,3% dos usuários frequentes permaneceram até 1 hora no serviço, 32,6% de uma a 12 horas e 42,1% ficaram mais de 24 horas. As diferenças do tempo de permanência entre os grupos de usuários frequentes foram consideradas significativas ( $p \leq 0,05$ ), demonstrando a associação entre essas variáveis. Conforme mostra a tabela 18, grande parte dos usuários ficou menos de 24 horas na unidade, sendo UPF 67,6%, UMF 67,5% e UAF 76,4%. Permaneceram até uma hora mais UPF do que UMF e UAF, com diferença significativa (resíduo ajustado de 3,4). Foi evidenciado que 42,7% dos UMF ficaram de uma até 12 horas no serviço, valor significativamente superior ao encontrado entre os UPF e UAF (resíduo ajustado de 2,8). Os UAF não apresentaram nenhum resíduo ajustado significativo com relação ao tempo de permanência, porém se observa uma tendência à associação com a permanência de 12 a 24 horas, com um resíduo ajustado de 1,9, que é próximo à significância estatística (1,96).

Tabela 18 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012. (n=384)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tempo de permanência no serviço de urgência</b>							0,012**
De 0 a 1 horas	77	30,8	17	14,5	3	17,6	
De 1 a 12 horas	69	27,6	50	42,7	6	35,3	
De 12 a 24 horas	23	9,2	12	10,3	4	23,5	
De 24 a 48 horas	21	8,4	16	13,7	1	5,9	
De 48 a 72 horas	16	6,4	6	5,1	1	5,9	
Mais de 72 horas	44	17,6	16	13,7	2	11,8	
Total	250	100	117	100	17	100	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Ainda, foi constatado, a partir do teste de correlação não-paramétrica de Spearman, que existe uma correlação significativa entre o número de reincidências com o tempo de permanência no serviço. Dessa forma, pode-se afirmar que quanto maior a frequência de busca por atendimento, mais tempo o usuário permanece no serviço de urgência. Este resultado é apresentado na tabela 19.

Tabela 19 – Correlação não-paramétrica entre as variáveis de reincidência e de tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012. (n=385)

	Reincidências no serviço
<b>Tempo de permanência no serviço de urgência</b>	
Coeficiente de correlação	0,107
Nível de significância (p-valor)*	0,035**
Frequência da amostra (n)	385

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste de correlação não-paramétrica de Spearman.

Estudos sobre a utilização geral dos serviços de urgência têm apontado que a média do tempo de permanência dos usuários é de duas a cinco horas, valores bem inferiores ao encontrado neste estudo (SOUZA et al, 2009; DOMICIANO; FONSECA, 2008; RATHLEV et al, 2007; JACOBS; MATOS, 2005). Em uma pesquisa realizada em serviço de urgência de Ribeirão Preto foi identificado que cerca de 40% dos indivíduos permaneceram por até 6 horas no local e 27,4% ficaram entre 24 e 30 horas no serviço (COELHO et al, 2010).



Segundo Dent et al (2003) os usuários frequentes são mais prováveis de ficar em observação por mais de quatro horas do que os usuários eventuais. No estudo de Ruger et al (2004) foi constatado que as pessoas que utilizaram mais de 20 vezes o serviço de urgência em um ano, apesar de terem uma média menor de tempo de internação no hospital, permanecem mais tempo no serviço do que os outros usuários. Isso pode indicar que usuários frequentes ficam mais tempo no serviço de urgência do que o restante dos usuários, por terem pior estado de saúde e por aguardarem leito de internação, o que aumenta bastante a média de tempo de permanência.

Foi observado que tempo de permanência dos usuários frequentes se diferencia conforme a classificação de risco obtida no momento da chegada no serviço de urgência. Assim como apresenta a tabela 20, o tempo médio de permanência reduz com a diminuição do risco, sendo que usuários classificados como atendimento imediato tiveram uma média de 77,25 horas (mais de três dias), enquanto que os classificados como de baixo risco tiveram uma média de 11,5 horas e os não urgentes, 1,54 horas.

Tabela 20 – Descrição da amostra segundo a frequência, média, desvio padrão, mínimo e máximo da variável de classificação de risco, estratificado pelo tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012. (n=350)

	<b>Tempo de permanência no serviço de urgência</b>				
	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Classificação de risco</b>					
Atendimento imediato	24	77,25	91,63	0,10	320,16
Risco alto	63	61,29	72,36	0,08	286,66
Risco intermediário	135	37,51	51,11	0,33	251,18
Risco baixo	121	11,50	25,02	0,03	157,33
Não urgente	7	1,54	2,27	0,16	6,08
<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>34,80</b>	<b>56,26</b>	<b>0,03</b>	<b>320,16</b>

Fonte: autora.

Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte identificou que existem diferenças, mas não significativas, na média do tempo de permanência hospitalar em indivíduos classificados nas três primeiras categorias da classificação de risco no serviço de urgência. Excluindo-se os óbitos, usuários classificados como atendimento imediato tiveram uma permanência hospitalar média de 14,7 dias, os dados como risco alto tiveram 12,5 dias de internação e os classificados como risco intermediário, 9,4 dias (PINTO JR, 2011).

Não foram encontrados artigos que tratassem do tempo de permanência e da classificação de risco no serviço de urgência especificamente, sendo insuficiente a discussão desses resultados. No entanto, pode-se entender que muitos usuários classificados como não

urgentes ou de risco baixo são encaminhados para outros serviços para receber atendimento, ou são rapidamente assistidos e recebem alta para o domicílio, mantendo a média do tempo de permanência baixa. Já os indivíduos classificados nas categorias mais altas apresentam problemas de saúde mais graves e necessitam de maiores cuidados ou serem internados, perdurando mais tempo no serviço de urgência.

Em estudo realizado em município do interior do Rio Grande do Sul, foi identificado que os usuários mais graves, após o primeiro atendimento no serviço de urgência, permaneciam em observação até serem encaminhados para internação em uma unidade hospitalar ou a alta para a residência. A dificuldade para obter leitos de internação prolongava o tempo de permanência na sala de observação, que podia se estender a muitos dias (GARLET et al, 2009). Segundo Henneman et al (2010), a espera prolongada e o tempo de permanência superior a seis horas, contribuem para a superlotação dos serviços de urgência.

Conforme se observa na tabela 21, a maioria (82,5%) dos usuários que permaneceram até uma hora no serviço de urgência foram encaminhados para atendimento ambulatorial, tanto no hospital quanto em outro serviço de saúde. Já grande parte dos que ficaram de uma a 12 horas (80,5%) receberam atendimento e tiveram alta para o domicílio. Identifica-se que a taxa de internação hospitalar tende a aumentar nas faixas de maior tempo de permanência no serviço. O mesmo ocorre com a porcentagem do total de indivíduos que foram a óbito no próprio serviço de urgência ou após serem encaminhados para unidade de internação ou de terapia intensiva (descrito aqui como óbito total).

Tabela 21 – Descrição da amostra segundo a porcentagem (%) da variável de destino após alta, estratificado pelo tempo de permanência no serviço de urgência, Porto Alegre, 2012.

(n=382)

	<b>Tempo de permanência no serviço de urgência</b>					
	<b>0 a 1 horas</b>	<b>1 a 12 horas</b>	<b>12 a 24 horas</b>	<b>24 a 48 horas</b>	<b>48 a 72 horas</b>	<b>Mais de 72 horas</b>
<b>Desfecho após atendimento</b>						
Residência	10,3	80,5	59,0	47,4	47,8	29,0
Atendimento Ambulatorial	82,5	1,6	0,0	0,0	4,3	0,0
Atendimento hospitalar	0,0	6,5	28,2	36,8	17,4	41,9
Óbito total	2,1	8,1	10,3	10,5	21,7	24,2
Evasão	5,2	0,8	2,6	2,6	4,3	1,6
Outro	0,0	2,4	0,0	2,6	4,3	3,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: autora.

Ao se analisar o desfecho após atendimento no serviço de urgência, observou-se que grande parte dos usuários recebeu alta para o domicílio, muitos indivíduos tiveram que ser internados, outros foram encaminhados para receber atendimento ambulatorial em outros serviços de saúde e alguns foram a óbito. Conforme mostra a tabela 22, os dados tiveram diferenças significativas entre os grupos de usuários frequentes quando comparados com o desfecho ( $p=0,001$ ). Pode-se afirmar que os UPF estão associados a serem encaminhados para outro serviço ambulatorial para receber atendimento (resíduo ajustado foi de 4,1) e os UMF estão associados a receberem alta para o domicílio (resíduo ajustado foi de 2,8). Os UAF não apresentaram nenhum resíduo ajustado significativo com relação ao desfecho, porém se observa uma tendência ao óbito, com um resíduo ajustado de 1,7 que é próximo à significância estatística (1,96).

Tabela 22 – Descrição dos grupos de usuários frequentes segundo a frequência (n) e porcentagem (%) da variável de desfecho após atendimento do serviço de urgência, Porto Alegre, 2012. (n=383)

	Grupo de usuários frequentes						(p-valor)*
	UPF		UMF		UAF		
	n	%	N	%	n	%	
<b>Desfecho após atendimento</b>							0,001**
Residência	106	42,4	67	57,8	6	35,3	
Atendimento ambulatorial	70	28,0	10	8,6	3	17,6	
Atendimento Hospitalar	54	21,6	29	25,0	5	29,4	
Óbito no serviço	10	4,0	3	2,6	2	11,8	
Evasão	7	2,8	4	3,4	0	0,0	
Outro	3	1,2	3	2,6	1	5,9	
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

\*\*Utilizado o teste exato de Fisher.

Constatou-se que, ao todo, 179 usuários (46,5%) tiveram alta para o domicílio após o atendimento no serviço, sendo que 57,8% e 42,4% dos UMF e UPF tiveram esse destino, diferenciando-se dos UAF que obtiveram apenas 35,3%. Dentre os indivíduos que tiveram alta para o domicílio, orientações sobre a continuidade do tratamento em outro serviço de saúde apareceram em 72,6% dos registros, sendo que 49,7% apontaram o encaminhamento para o ambulatório do hospital e 22,9%, para a Unidade Básica de Saúde ou unidade

Estratégia Saúde da Família de referência. Dos usuários que receberam alta, 27,4% não foram orientados sobre a continuidade do cuidado, ou se foram, não houve registro no prontuário.

Identificou-se que 83 usuários (21,5%) foram encaminhados para receber atendimento ambulatorial, sendo que dois foram encaminhados para Unidades Básicas de Saúde ou unidades de Estratégia Saúde da Família e 81 para o ambulatório especializado do hospital, no setor intitulado “Serviço de Pronto Atendimento”. Constatou-se que 70 UPF (28%) foram encaminhados para atendimento ambulatorial, diferenciando-se dos 10 UMF (8,6%) e 3 UAF (17,6%).

O Serviço de Pronto Atendimento oferece assistência ambulatorial em medicina interna. Durante o turno da manhã, de segunda à sexta-feira, são oferecidas 20 consultas por dia para usuários com problemas clínicos do Serviço de Emergência do HCPA classificados nas cores verde (baixo risco) e azul (não urgente). Alguns indivíduos dados como brancos (sem classificação) também são encaminhados.

Identificou-se que 88 usuários (23%) tiveram uma internação hospitalar após o atendimento na urgência, sendo que 80 foram encaminhados para unidades de internação do hospital, um foi encaminhado para internação em outro hospital e 7 para unidade de terapia intensiva (UTI). Conforme se observa na tabela 22, o percentual de internação hospitalar aumenta com a quantidade de reincidências no serviço de urgência.

Outras pesquisas sobre a utilização geral dos serviços de urgência têm apontado que a maioria dos usuários tem alta para a residência, embora as porcentagens sejam superiores às encontradas neste estudo (OLIVEIRA et al, 2011; FEIJÓ, 2010; LAGO et al, 2010; ZAMBON et al, 2007; JACOBS; MATOS, 2005). Na pesquisa de Oliveira et al (2011), realizada no interior de São Paulo, 74% dos indivíduos receberam alta e apenas 0,2% foram encaminhados para internação hospitalar. Já Alvo e Aguirre (2010) identificaram, em estudo realizado no Chile, que 85,6% dos indivíduos atendidas no serviço de urgência tiveram alta para o domicílio após o período de observação e 6,1% foram internadas em hospitais.

Estudos sobre a utilização repetida dos serviços de urgência constataram que os usuários frequentes têm mais chances de terem uma internação hospitalar após o atendimento de urgência do que os usuários eventuais (PINES et al, 2011; LACALLE RABIN, 2010; HUANG et al, 2008; SUN; BURSTIN; BRENNAN, 2003). Segundo Mandelberg, Kuhn e Kohn (2000), usuários eventuais têm 17% de probabilidade de ter pelo menos uma admissão hospitalar durante um ano, enquanto que usuários frequentes têm 50,6%.

Em revisão de literatura foi identificado que usuários frequentes apresentam altas taxas de mortalidade (PINES et al, 2011). Neste estudo constatou-se que 15 usuários (3,9%)

foram a óbito no serviço de urgência. Ainda, identificou-se que 20 indivíduos (5,2%) foram encaminhados para unidades de internação e cinco (1,3%) para unidade de terapia intensiva e evoluíram ao óbito em até 30 dias após o atendimento na unidade de urgência. Dessa forma, considerando os óbitos ocorridos no serviço de urgência, nas unidades de internação e na UTI, a taxa de mortalidade dos usuários frequentes da amostra foi de 10,4%.

Estudos têm apontado diferentes taxas de mortalidade entre usuários frequentes, embora todos afirmem que a mortalidade de usuários frequentes é maior do que a de usuários eventuais (PINES et al, 2011; FUDA; IMMEKUS, 2006; DENT et al, 2003). Conforme Fuda e Immekus (2006), usuários frequentes têm mais chances de ir a óbito na admissão no serviço de urgência ou na subsequente internação hospitalar do que usuários eventuais. No estudo desses autores foi verificado que 2,6% dos usuários frequentes foram a óbito em um ano, comparado a 1,1% dos usuários eventuais. Já na pesquisa de Dent et al (2003), 18% dos 500 usuários que mais utilizaram o serviço de urgência faleceram durante o período do estudo.

A alta prevalência de condições crônicas aliada ao elevado tempo de permanência no serviço e à alta taxa de mortalidade e de internação hospitalar indica que usuários frequentes têm pior estado de saúde do que os usuários eventuais. Dessa forma, cabe ressaltar a importância da continuidade do cuidado após a alta desses indivíduos no serviço de urgência. Neste estudo foi visto que 27,4% dos usuários que receberam alta não foram orientados sobre onde realizar acompanhamento do tratamento. Foi identificado, ainda, que apenas 22,9% foram orientados a procurar posteriormente atendimento na UBS ou unidade ESF de referência do usuário. Isso demonstra que profissionais de serviços de urgência pouco estimulam a continuidade do cuidado nos serviços de atenção primária e secundária.

Ainda na tabela 22, identifica-se um grupo pequeno de pessoas que não aguardaram por atendimento e evadiram do serviço de urgência. O percentual total de evasão foi pequeno, 3,4%, mas ilustra um problema que está sendo pouco discutido na literatura.

## 5.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA

Neste tópico são apresentados os resultados obtidos a partir das entrevistas semi-estruturadas realizadas por meio telefônico com usuários frequentes do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Considerando os objetivos desta investigação, buscou-se analisar os motivos da utilização frequente do serviço de urgência.

Participaram desta etapa da pesquisa 18 usuários frequentes, sendo sete usuários pouco frequentes (E1 a E7), sete usuários moderadamente frequentes (E8 a E14) e quatro usuários altamente frequentes (E15 a E18), selecionados intencionalmente, conforme descrito no tópico da metodologia.

O material empírico produzido foi organizado e agrupado em quatro categorias contendo núcleos de sentido, que são mostradas a seguir: “Quando é uma complicação, já vou para a emergência” – os motivos clínicos da busca por atendimento no serviço de urgência, “A gente prefere ir na emergência do que num posto de saúde” – a influência da organização do sistema de saúde na busca frequente pelo serviço de urgência, “Eu praticamente vivo neles [consultórios médicos]” – a utilização de outros serviços de saúde, e “Vantagem nenhuma. Bom seria eu não procurar” – as vantagens e desvantagens da utilização do serviço de urgência. Os resultados estão sintetizados no quadro abaixo.

Quadro 2 – Descrição das categorias e dos achados encontrados na etapa qualitativa do estudo, Porto Alegre, 2012.

<b>Categoria</b>	<b>Achados</b>
<b>Quando é uma complicação, já vou para a emergência” – os motivos clínicos da busca por atendimento no serviço de urgência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Agravos relacionados às condições crônicas;</li> <li>– Agravos agudos;</li> <li>– Não lembravam;</li> <li>– Agravos considerados urgentes;</li> <li>– Agravos considerados não urgentes;</li> </ul>
<b>“A gente prefere ir na emergência do que num posto de saúde” – a influência da organização da atenção à saúde na busca frequente pelo serviço de urgência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilidade de acesso no serviço de urgência;</li> <li>– Percepção de resolutividade;</li> <li>– Formação de vínculo com os profissionais, serviço e hospital;</li> <li>– Retornos agendados para o serviço de urgência;</li> </ul>
<b>“Eu praticamente vivo neles [consultórios médicos]” – a utilização de outros serviços de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utiliza a atenção primária para realizar procedimentos simples e retirar medicamentos;</li> <li>– Tem acompanhamento no ambulatório especializado do hospital;</li> <li>– Outros serviços de urgência hospitalares e pré-hospitalares;</li> </ul>
<b>“Vantagem nenhuma. Bom seria eu não procurar” – as vantagens e desvantagens da utilização do serviço de urgência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilidade de acesso;</li> <li>– Garantia de atendimento;</li> <li>– Resolutividade;</li> <li>– Superlotação;</li> <li>– Longo tempo de espera para atendimento;</li> <li>– Acomodações desconfortáveis e inadequadas;</li> </ul>

Fonte: autora.

### 5.2.1 “Quando é uma complicação, já vou para a emergência” – os motivos clínicos da busca por atendimento no serviço de urgência

Nesta categoria foram incluídas informações referentes aos agravos de saúde dos usuários frequentes que os levaram a procurar atendimento e suas percepções sobre a urgência de atendimento dos agravos.

A partir das informações fornecidas pelos sujeitos nas entrevistas, foi evidenciado que as demandas dos usuários frequentes no serviço de urgência foram decorrentes principalmente de agravos crônicos agudizados e, em menor escala, de agravos agudos.

Os agravos agudos se constituem de situações de início súbito, que tendem a se autolimitar. Apresentam geralmente uma causa simples e facilmente diagnosticada, são de curta duração e respondem bem a tratamentos específicos (MENDES, 2012). Dentre as situações agudas relatadas estão infecção urinária, cálculo renal, meningite, cefaléia forte e gripe.

*“Porque eu me senti mal. Eu estava com infecção urinária” E5.*

*“Na primeira vez que eu fui lá foi por causa da tal diabetes que me apareceu e eu não sabia que tinha. Aí eles acharam. Depois me deu uma ameaça de meningite. Eu achei que só dava em criança pequena e deu em mim.” E9.*

*“Eu fui na primeira vez com muita dor nas costas, com tosse. (...) Era uma gripe que não estava bem curada. (...) Depois na segunda vez que eu procurei a emergência, foi uma dor de cabeça. Eu fiquei baixada na emergência fim de semana, que suspeitaram até de meningite.” E14.*

Foi identificado que, algumas vezes, o usuário apresenta problemas agudos recorrentes e, por isso, ele busca atendimento no serviço de urgência em tantas ocasiões.

*“Cálculo renal. [Todas as vezes foi devido a isso?] Sim.” E13.*

Ainda, usuários com problemas de saúde agudos exigiram maior período de tratamento e acompanhamento (não superior a três meses), necessitando de assistência diversas vezes no serviço de urgência em um curto período de tempo. As falas abaixo ilustram esse achado.

*“O principal motivo foi um derrame pleural que eu tive (...) porque primeiro eu estava com pneumonia, depois eu tive um derrame pleural.” E1.*



*“O motivo é que eu estava com uma broncopneumonia, passando mal, então eu procurei o hospital. Fui atendido aí. Eu fiquei 11 dias aí e depois fui embora e me acompanharam no atendimento da emergência.” E12.*

*“Eu tive umas complicações e eu tive que ir para lá. (...) Eu tive que tirar um testículo. (...) Depois o outro lado também, uma volta e meia aquela mesma dor, mas daí já resolvia com medicamento que eu tinha. Um quantas vezes. Então eu tive que ir para a emergência. Várias vezes.” E18.*

Conforme Mendes (2012), o ciclo de evolução típico da condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. Contudo, foi identificado que para os usuários frequentes, o ciclo é um pouco diferente, seja por ocorrer repetidas vezes, como no caso das recorrências, seja por exigir um tratamento mais prolongado, com picos de sofrimentos que necessitam de cuidados nos serviços de urgência.

As recorrências de agravos agudos podem ainda evoluir para uma condição crônica, já que pode determinar algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados por um maior ou menor período. Assim, ressalta-se a importância do profissional que trabalha no serviço em identificar usuários em risco, orientá-los e encaminhá-los para realizar atividades preventivas, diminuindo a chance de recorrência do agravo e reincidência no serviço de urgência.

Foi identificado que, apesar de alguns sujeitos relatarem ter apresentado um agravo agudo, o principal motivo dos usuários frequentes procurarem atendimento no serviço de urgência é relacionado às condições crônicas. Foram encontradas duas situações para a cronicidade dos problemas de saúde, sendo a agudização, com a exacerbação de sinais e sintomas, e os agravos progressivos consequentes às condições crônicas.

Os indivíduos relataram ter buscado assistência no momento da crise ou complicação de problemas de saúde de longo percurso. Eles percebem o agravo à saúde conforme as suas experiências como portadores de condições crônicas. São exemplos dessas situações episódios de crises álgica, hipertensiva e asmática, hipoglicemia e arritmia.

*“Eu tinha uma consulta aí. Me deu uma tontura, sabe? Me pegaram desacordado lá e me levaram para a emergência. (...) Foi a minha glicose que tinha baixado muito. Nas outras vezes foi o negócio que eu tive tipo uma infecção. Foi na parte dos pés. Estive 28 dias baixado aí, que eu tinha o negócio do dedo meu que infeccionou e quase me tiraram um pedaço também do meu dedo. (...) Eu tive que normalizar a minha diabetes também. Estava fora de controle. Estava muito alta a glicose.” E2.*

*“É que eu tenho uma vasculite proveniente de uma hepatite C. A vasculite estava em atividade.” E3.*

*“É que eu tenho anemia falciforme... Foi quando eu estava em crise.” E10.*

*“Eu sou hipertensa. Eu sou hipertensa e eu tenho crise do pânico. Eu vou quando a pressão fica muito alta.” E11*

*“É pelo problema respiratório que eu tenho, né. Insuficiência respiratória (...) Quando eu fico atacada, muita falta de ar, eu vou na emergência diretamente.” E15.*

As condições crônicas têm como característica o fato de não serem temporárias e passam a fazer parte da vida da pessoa. Porém, nem sempre o indivíduo se sente doente, já que existem fases de exacerbação e remissão de sinais e sintomas (MENDES, 2012; SOUZA; LIMA, 2007). Conforme Bellato et al (2009), o cuidado à pessoas com condições crônicas é produzido e gerenciado pela família e pelas redes tecidas por elas, sendo que os serviços e profissionais de saúde participam de modo mais pontual e em momentos específicos, principalmente naqueles de exacerbação de sinais e sintomas, enquanto que nos períodos de remissão e normalidade a busca por atendimento nos serviços de saúde é menos intensa.

A transição demográfica acelerada, consequência do aumento da expectativa de vida no Brasil, acarretou uma mudança do perfil epidemiológico da população, em que se teve um forte declínio das doenças infecto-contagiosas, mas que ainda estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde, e o aumento quase hegemônico das condições crônicas (MENDES, 2008).

Com o deslocamento da morbimortalidade para os grupos etários mais velhos e com o envelhecimento da população brasileira, as condições crônicas passaram a representar uma expressiva demanda aos serviços de saúde, visto que as pessoas acometidas por esses problemas necessitam de avaliação de seu estado de saúde com maior frequência, e respondem por parte considerável dos gastos efetuados no setor (BARROS et al, 2006; ALMEIDA et al, 2002). Segundo Mendes (2008), 75% da carga de doença no país são determinadas por condições crônicas.

Essa mudança no perfil epidemiológico implica no restabelecimento da coerência entre a situação e o sistema de atenção à saúde, com a revisão dos modelos de atenção para dar conta de uma necessidade tão ampla e heterogênea (LOUVISON, 2011). Para a Organização Mundial da Saúde, o cuidado às condições crônicas precisa ser inovado, com uma atenção planejada e capaz de prever as necessidades de saúde dos usuários, tendo como finalidade a redução da morbimortalidade e manutenção da qualidade de vida das pessoas acometidas (OMS, 2003). Para isso, é necessário esforço do sistema de saúde tanto para ações

continuadas (na remissão) na atenção primária e secundária, quanto de pronto atendimento (na agudização) nos serviços de urgência.

No entanto, o SUS, apesar dos avanços em relação à organização da atenção à saúde, ainda está estruturado de forma fragmentada e responde às demandas sociais com ações reativas, episódicas e voltadas, principalmente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas. Dessa forma, a resposta à situação epidemiológica do país é fortemente concentrada nas consultas de urgência (MENDES, 2012).

Consequentemente, os serviços de urgência têm apresentado uma demanda progressiva de usuários com problemas agudizados de condições crônicas. Um estudo realizado em Florianópolis identificou que 54,3% dos indivíduos que utilizaram um serviço de urgência possuíam alguma morbidade crônica (LAGO et al, 2010). Já em Porto Alegre, Marques (2010) identificou que, dentre os usuários atendidos pelo SAMU, 52,2% possuíam presença de comorbidade e 44,3% faziam algum tratamento de saúde. Segundo a autora, 68,7% dos atendimentos estavam relacionados à condição crônica, seja por problemas agudizados, seja por mau estado geral consequente à condição crônica ou por situação de rua por tempo prolongado.

Em um estudo realizado no SAMU de Porto Alegre, Abreu et al (2012) encontraram, pelas falas de usuários do serviço, que a não adesão ao tratamento é um motivo para a agudização repetida de problemas crônicos. A baixa adesão ao tratamento também foi predisponente para a utilização de um serviço de urgência por pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em estudo realizado no México, por Baquedano (2008). Segundo os autores, apenas 8,8% apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso, 8% ao tratamento dietético e 5,2% à prática de atividade física.

Ainda, em uma pesquisa em que se comparou o estado de saúde de hipertensos atendidos em um serviço de urgência com aqueles seguidos regularmente em um ambulatório foram identificadas características desfavoráveis que levavam a fases de exacerbação, geralmente associadas a não adesão ao tratamento. Os usuários do serviço de urgência tinham menor renda salarial, apresentavam pressão arterial mais alta, verificavam menos vezes os níveis pressóricos e deixavam de tomar a medicação mais vezes do que os usuários do ambulatório (SANCHEZ; PIERIN; MION JR, 2004).

No entanto, estudos específicos sobre a utilização frequente dos serviços de urgência não demonstram a falta de adesão terapêutica como influente. Os estudos têm apontado que os usuários frequentes têm pior estado de saúde geral do que o restante da população que busca atendimento nos serviços de urgência (SANDOVAL et al, 2010; AISIKU et al, 2009). Uma

pesquisa constatou que usuários com anemia falciforme que são frequentes nos serviços de emergência tinham mais crises álgicas, realizavam mais transfusões sanguíneas e tinham uma média mais alta de dias de dor do que os demais pacientes (AISIKU et al, 2009).

Um fato que chamou a atenção foi que alguns usuários não lembravam todos os agravos que os motivaram a buscar atendimento de urgência, sendo que um indivíduo nem lembrava que tinha ido tantas vezes ao serviço.

*Tive infecção na última vez. Das outras eu não lembro direito.” E5.*

*“Mas que eu me lembre foram só essas duas vezes que eu procurei a emergência do hospital. [Mas depois teve as outras vezes que eles te encaminharam para a zona 12, não?] É (...) eu tinha que fazer exames, então no outro dia eu passava pela emergência e ia lá para a zona 12 mostrar os exames.” E14.*

Os usuários frequentes percebem que o estado de saúde está prejudicado e buscam atendimento no serviço de urgência por acharem que é uma situação grave e que, caso não fosse, não iriam ao serviço.

*“É o seguinte, eu não sou muito de ir no médico, eu vou porque estou ruim mesmo.” E9.*

*“É só quando eu estou em crise mesmo que eu vou. Qualquer outra coisa eu nem apareço lá.” E10.*

*“Quando eu tenho algum susto para marcar com o médico, aí é médico. Quando é uma complicação, aí já vou para a emergência.” E18.*

O fator desencadeante para a busca por atendimento em serviços de saúde, de modo geral, é a percepção de alguns sinais e sintomas como significado de perda de saúde. Assim, as pessoas desenvolvem diversos mecanismos simbólicos e ações para recuperar a normalidade perdida e, a partir de um autodiagnóstico, determinam se precisam de atendimento rápido, ou não (PASARÍN et al, 2006). No caso dos usuários frequentes, eles percebem que o seu estado de saúde exige atendimento em serviço de urgência e não em serviço ambulatorial.

Quando questionados se os agravos que os motivaram a buscar atendimento no serviço eram urgentes, a grande maioria dos usuários frequentes teve uma resposta afirmativa. Para eles, nas vezes que foram ao serviço, precisavam de assistência rápida.

*“Eu procuro ir (no serviço de urgência) só em emergência mesmo, quando eu não aguento mais.” E1.*

*“Urgência, urgência? Eu achei que era.” E4.*

*“É, pelo sintoma que eu tinha, eu achava que era (uma situação de urgência). Estava ruim o troço [refere-se à cefaléia intensa].” E9.*

*“Era uma emergência mesmo. Eu sei que vou direto para a emergência, né. Eu me ataco [da insuficiência respiratória], aí eu vou consultar aí.” E15.*

Concordando com esse achado, uma pesquisa realizada em Taiwan evidenciou que 87% dos usuários frequentes afirmavam ter um agravo sério e que foram ao serviço de urgência por acreditarem que necessitavam de um atendimento imediato (HUANG et al, 2004).

Embora neste estudo não tenha sido questionado aos usuários o significado e o conceito de urgência, pode-se compreender pelos discursos que a urgência está relacionada à percepção de um agravo de saúde que nem sempre é um risco iminente de vida, mas que gera um grande sofrimento, atrapalha o cotidiano e, por isso, precisa de intervenção imediata. Como mostram as falas a seguir, a urgência sentida pelos indivíduos era geralmente associada à dor e ao mal estar.

*“Sim, eu estava com muita dor. (...) Eu estava com dificuldade para respirar, doía muito para respirar.” E1*

*“Porque eu não aguentava de dor.” E3.*

*“É que eu estava me sentindo mal.” E6.*

*“Eu não aguentava a dor, não conseguia nem tossir, caminhar, com dor nas costas. Eu procurei por isso.” E14.*

Outros usuários procuraram atendimento com medo da piora do estado de saúde. A partir de experiências prévias e conhecimentos sobre seus problemas de saúde, eles identificavam os riscos de complicações e determinavam o caráter de urgência da situação.

*“Sim. Tanto que a pressão estava 22 por 18. Poderia ter um AVC!” E11.*

Concordando com esses resultados, Hansagi (2001) identificou que usuários frequentes percebem seus problemas de saúde como ameaçadores, perigosos e, dessa forma, intoleráveis. O autor cita que alguns usuários já sabiam que seriam estigmatizados pelos profissionais que trabalham no serviço de urgência e, por isso, evitavam procurar atendimento por problemas simples, buscando assistência somente quando a situação se tornava insuportável.

Conforme Giglio-Jacquemot (2005), as urgências vividas pelos usuários são configurações ameaçadoras, formadas de fenômenos e acontecimentos heterogêneos, que nem sempre têm uma ancoragem fisiológica, mas que indicam necessidades, transtornos e sofrimentos que tornam os indivíduos mais frágeis e inseguros. O usuário interpreta sinais como dor, febre e falta de condições para andar como não necessariamente urgentes, mas que são relevantes e precisam ser avaliados pelos profissionais reconhecidos pelo sistema de saúde (ROCHA, 2005).

Um estudo analisou a demanda considerada não pertinente do SAMU de Porto Alegre, ou seja, a demanda que não se configura, para o médico regulador, como situação de urgência, sendo desnecessário, portanto, o envio de ambulância para o atendimento. Foi identificado que os solicitantes consideravam que os agravos de saúde se tratavam de urgências, o que gerava conflitos entre os médicos reguladores do SAMU e os usuários/solicitantes com demandas dadas como não pertinentes (VERONESE, 2011).

Assim como no estudo de Veronese (2011), foi identificado que alguns usuários frequentes entendiam que o agravo de saúde era uma situação de urgência, mas foram classificados como risco baixo e não urgente na classificação de risco. Esses achados ilustram as contradições entre as percepções de usuários e profissionais de saúde quando se trata do significado de urgência, fato que já foi relatado em outros estudos (ABREU et al, 2012; MARQUES, 2010; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Segundo Garlet (2008), profissionais que atuam nas unidades de urgências priorizam o atendimento aos usuários com problemas graves e agudos, com potencial risco de vida, de acordo com a concepção biomédica. Porém, a percepção da urgência não é restrita aos profissionais de saúde e sim, uma construção contextual em que há vários envolvimento, não só do doente, mas de todo o contexto no qual se insere (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Aliada à percepção de urgência, está a utilização de um recurso, o que influencia diretamente na escolha por buscar atendimento nos serviços de urgência (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). Um usuário referiu que nem sempre achava que tinha uma queixa urgente e, mesmo assim, buscava atendimento no serviço.

*“Às vezes (é uma situação de urgência). Às vezes não. Uma infecção urinária não é urgente, mas igual, a gente espera um monte, não adianta ser emergência ou não, a gente acaba esperando quase duas horas, três horas para ser atendido.” E5.*

Nesses casos, fatores principalmente relacionados à organização dos serviços de saúde influenciam a escolha do usuário sobre qual serviço de saúde utilizar. Pode-se entender que a

percepção de urgência dos usuários frequentes está alicerçada em situações interligadas a necessidades e critérios.

### **5.2.2 “A gente prefere ir na emergência do que num posto de saúde” – a influência da organização da atenção à saúde na busca frequente pelo serviço de urgência**

Apesar dos usuários perceberem que necessitavam de atendimento de urgência, foi evidenciado que a utilização frequente do serviço de urgência é fortemente influenciada pela organização da atenção à saúde, de forma que os usuários frequentes não deixam de ser uma consequência de lacunas no sistema de saúde. Nesta categoria foram incluídos os motivos que levam os usuários a procurar atendimento no serviço de urgência repetidamente e que dizem respeito à organização da atenção à saúde.

Conforme Marques (2010), as características loco-regionais da organização do atendimento, nas diferentes especialidades médicas e nas demandas da população que utiliza os serviços de saúde, interferem no perfil de atendimento. As lacunas nas ofertas nas cidades ou regiões trazem como consequência o aumento da demanda nos serviços de urgência. Para Deslandes (2002), a atenção às urgências vivencia as muitas contradições do sistema de saúde, já que responde à baixa qualidade da atenção primária, à falta de oferta de serviços comunitários e à desarticulação do sistema hierarquizado de serviços em níveis de complexidade. Tais fatores repercutem para dentro dos serviços de urgência, com as demandas não urgentes e reprimidas de outros serviços de saúde e, algumas vezes, com as demandas de usuários frequentes.

Os usuários são sujeitos intencionais ativos na defesa de seus interesses e, apesar de conhecerem as normas do sistema de saúde, eles constroem estratégias que visam garantir a obtenção do atendimento da maneira mais adequada a eles (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Conforme já abordado na revisão de literatura, é evidente que a procura por serviços de saúde envolve fatores que, dependendo como estão ordenados, definirão a escolha do usuário (LIMA et al, 2007; MARQUES; LIMA, 2007).

Nas entrevistas com usuários frequentes do serviço de urgência foram identificados quatro aspectos, intimamente interligados, que configuram a busca repetida por atendimento: o acesso, a resolutividade, o vínculo e os retornos agendados para o serviço.

O acesso está relacionado à percepção de necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas, em uso (PINHEIRO et al, 2002). Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (LIMA et al, 2007).

Diversos autores afirmam que a facilidade de acesso é um fator determinante na escolha pela busca de atendimento nos serviços de saúde (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010; DALL'AGNOL; LIMA; RAMOS, 2009; LIMA et al, 2007; MARQUES; LIMA, 2007). Os resultados desta pesquisa indicam que os usuários procuram atendimento frequentemente em serviços de saúde principalmente pela facilidade de acesso funcional. O acesso funcional está associado à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem a demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Dessa forma, diz respeito ao tipo de serviço oferecido, aos horários previstos e à qualidade do atendimento (RAMOS, 2001).

No momento em que o usuário frequente percebe que se encontra em situação de sofrimento e necessita de uma intervenção rápida, ele busca acesso ao local que ofereça atendimento mais ágil e de qualidade, como os serviços de urgência.

*“As vantagens são ligadas ao grau de qualidade do hospital.” E4.*

*“Eu fui na emergência do HCPA porque eu achava que era grave, eu não sabia o que eu tinha. A coisa mais rápida era [o Serviço de Emergência do] HCPA.” E14.*

*“Atendimento rápido, medicação na hora.” E16.*

Para o usuário, o acesso funcional ao serviço de urgência não é o ideal, mas ainda assim é melhor do que em outros serviços de saúde. Foi identificado que os serviços de urgência representam para o usuário frequente um local de acesso mais rápido à assistência quando comparado aos demais serviços de saúde, principalmente à atenção primária.

*“Eu tinha plano de saúde antes, o Y. E até eu achei muito inferior ao Hospital de Clínicas. Sem comparação, nem no atendimento nem a agilidade do pessoal.” E1.*

*“O posto demora muito. No [Serviço de Emergência do Hospital de] Clínicas é mais rápido.” E16.*

Em uma época marcada pela agilidade em todos os aspectos da vida cotidiana, os usuários reclamam da morosidade dos serviços em atender suas demandas (ROCHA, 2005). Conforme Oliveira, Mattos e Souza (2009), o fato de indivíduos procurarem assistência nos serviços de urgência não significa que a imagem de acesso desses locais seja ideal, mas



porque a imagem da atenção primária tem sido muito desfavorável. Segundo os autores, os arranjos organizativos dos serviços de atenção primária têm significado de barreiras de acesso para os indivíduos.

Achados similares foram encontrados neste estudo. Nos serviços de urgência, o acesso ao atendimento nem sempre é imediato. Para os usuários frequentes, a espera, muitas vezes prolongada, é recompensada pela garantia de atendimento.

*“Mesmo que tu não consigas na hora, está garantido o atendimento. No posto de saúde não.” E4.*

*“Bom, porque o posto eu não aguento mais. Então eu prefiro esperar três horas ou quatro horas para ser atendida no dia e já eliminar o problema logo, do que levar um mês no posto de saúde.” E5.*

Segundo Giglio-Jacquemot (2005), muitos usuários sabem que podem esperar para receber assistência, sendo que o atendimento não precisa ser urgente, o mais importante é ser atendido. A agilidade na obtenção de consulta médica, que é conseguida para o mesmo dia da procura, traz alguns usuários aos serviços de urgência para obter respostas as suas necessidades (MARQUES; LIMA, 2007). Nas unidades de atenção primária, o acesso à assistência é mais demorado e muitas vezes não é conseguido quando o usuário estiver realmente necessitando.

Mesmo após a implantação do acolhimento na atenção primária, o atendimento às situações agudas é feito pelo agendamento de uma consulta médica. Usuários frequentes se queixaram do sistema de agendamento das consultas nesse nível de atenção à saúde, sendo que as principais dificuldades relatadas foram a demora e a necessidade de ficar de madrugada em filas para marcar uma consulta antes do horário de funcionamento da unidade. Em uma situação considerada por eles como urgente e sem muitas opções de oferta de serviços, essa barreira de acesso se constitui um importante motivo da frequente procura por atendimento nos serviços de urgência.

*“Quando eu tenho tempo de esperar, eu tento marcar no posto. (...) O ruim de ir no posto é que eu não tenho tempo, tu tem que madrugar e às vezes tu não consegue. É a realidade do brasileiro que tenta consultar no posto. (...) Não dá para contar com o SUS. Tu madruga, passa frio, fica gripado e não tem tempo e tem que madrugar três, quatro horas na fila para às vezes não conseguir ficha ainda.” E5.*

*“Fica doente tem que marcar hora. Tu tem que ir 7 horas da noite ali, uma vez no mês, para marcar uma ficha lá para um mês depois. (...) Então não tem como ir no posto de saúde.” E8.*

As filas e a demora no agendamento de consulta na atenção primária são bastante discutidas tanto no âmbito nacional quanto internacional quando está em pauta a utilização dos serviços de urgência (CACCIA-BAVA et al, 2011; KIRBY et al, 2010; HOOT; ARONSKI, 2008; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; DESLANDES, 2002). Conforme Koziol-McLain et al (2000), os indivíduos buscam atendimento em serviços de urgência, mesmo quando não é uma situação de urgência, por não ter aonde procurar assistência, já que demora muito em outras unidades de saúde.

Em um estudo realizado em três capitais da região nordeste do país foi evidenciado que a desproporção entre demanda e oferta é uma grande barreira no acesso à atenção primária. A equipe de saúde desses serviços prioriza o agendamento para usuários vinculados a ações programáticas, de forma que parte da clientela depende de vagas, persistindo as filas. Foi identificado que mesmo criando estratégias para diminuir a espera durante a madrugada, continua a demora de agendamento pelo sistema informatizado, criando novas filas virtuais (SOUZA et al, 2008).

Segundo Marques e Lima (2007), a atenção primária tem se pautado em ações promocionais de saúde com o atendimento programado, o que é essencial para a melhoria da qualidade de saúde e vida da população. Contudo, por não corresponder ao que é ofertado pelo serviço, muitas vezes é desconsiderada a necessidade dos usuários de uma resposta próxima e pouco complexa aos casos agudos.

Dessa forma, quando percebem que não podem esperar muito para receberem assistência, os indivíduos buscam atendimento nos serviços de urgência e, no caso dos usuários aqui estudados, essa busca é frequente.

Outro aspecto sobre as dificuldades no acesso funcional da atenção primária que foi salientado entre os usuários entrevistados foi a falta de recursos humanos nas unidades. Muitos indivíduos reclamaram do fato de não ter médico contratado ou que o profissional fica pouco tempo durante o horário de funcionamento nas unidades mais próximas das suas residências.

*“É que no posto de saúde onde eu moro não tem médico. (...) E agora no momento nós não temos nem clínico ali.” E8.*

*“Não vou no posto de saúde, porque o posto que tem aqui perto de onde eu moro, esse posto aqui nunca tem médico para atender a gente e marca para daqui dois, três dias. A gente vai lá, chega lá, e não tem médico, não tem remédio. Não tem nada. (...) Então eu vou direto aí.” E15.*

*“Eu tenho procurado muitas vezes através do posto. Mas muitas vezes não tem médico, né. Então no [serviço de urgência do] Clínicas é mais vezes.” E16*

Autores de outros estudos já afirmaram que a falta do profissional médico é mais uma barreira de acesso na atenção primária (BARROS; SÁ, 2010; MARQUES, 2010; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Além de limitar quantitativamente o número de consultas, a falta de profissionais e o número excessivo de famílias adstritas nas UBS e unidades de ESF implicam na insuficiência qualitativa da assistência (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Enquanto que nos serviços de urgência existem médicos de diversas especialidades, na atenção primária prevalece o médico generalista e em pouca quantidade. Conforme Oliveira, Mattos e Souza (2009), existe associação de uma imagem de maior competência à figura do especialista em contraposição ao generalista. Dessa forma, a falta de especialistas é componente significativo da imagem de menor qualidade que o usuário tem sobre o cuidado de saúde a ser recebido no nível primário.

Em estudo sobre a utilização frequente dos serviços de urgência foi observado que, na percepção do usuário, o acesso ao serviço de saúde é limitado às consultas médicas, o que remete à ideia da assistência centrada no médico (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010). Nessa perspectiva, a imagem do serviço de urgência com maior número de médicos se torna um aspecto que influencia a utilização frequente.

Nas entrevistas foi observada ainda a importância que os exames e a administração de medicações têm na escolha do usuário sobre qual serviço procurar para atendimento. Entre os usuários frequentes, uma das principais vantagens de se utilizar o serviço de urgência é o acesso rápido e fácil a exames e medicações.

*“Fiz todos os exames. Eram muitos exames. E foi tudo bem.” E1.*

*“Fiz exame de sangue, fiz tomografia. Foi constatado aí qual é o medicamento que eu tinha. Eu fui bem tratado. Não posso me queixar muito. Fizeram o diagnóstico, fiz os exames todos aí, então não tive problema nenhum.” E12.*

*“É bom porque ali já faz exame, já vê o que a gente tem ali na hora. Não precisa ir para laboratório, nem nada, perdendo tempo.” E14.*

Foi identificado também que o serviço era visto como um local que reunia toda a tecnologia necessária para a assistência, principalmente no que diz respeito à realização de exames diagnósticos. Para os indivíduos entrevistados, no serviço de urgência não é preciso

peregrinar em diversos pontos da assistência à saúde para conseguir realizar exames, obter prescrição para medicações e até ter internação hospitalar.

*“Eu acho que a gente lá no hospital... Todos os exames que tiver que fazer tu faz lá mesmo. Tu não tem que ficar pulando pra lá e pra cá para fazer exame. A gente faz todos ali que precisa. Também eu acho que é uma vantagem, de um setor a outro, eles andam tudo por lá.”* E9.

*“As vantagens são que tu já sai com tudo pronto. (...) Eu saí completo. Saí com todos os exames e tal.”* E12.

As unidades de urgência geralmente são mais valorizadas pelos usuários por ter mais recursos tecnológicos para a assistência (MARQUES; LIMA, 2007; PASARÍN et al, 2006). Concordando com isso, Gomide et al (2012) reafirmaram a partir de achados de uma pesquisa realizada em unidade de pronto socorro de Ribeirão Preto que indivíduos procuram a resolução de seus problemas de saúde em locais onde há maior acesso à densidade tecnológica, sendo que nos serviços de urgência o uso de recursos é indiscriminado.

Enquanto a atenção primária e a secundária representam locais com poucos recursos humanos e materiais, com demora na marcação de exames e consultas, os serviços de urgência se tornam uma possibilidade para a resolução de problemas de saúde de forma mais imediata (LUDWIG; BONILHA, 2003).

Assim como neste estudo foi evidenciado que a facilidade de acesso funcional influencia diretamente a utilização frequente dos serviços de urgência, uma pesquisa realizada no interior de São Paulo também teve resultados similares. Segundo Souza, Figueiredo e Pinto (2010), a falta de profissionais médicos, a dificuldade em conseguir medicação, a demora no agendamento das consultas e na realização de exames na atenção primária são motivos do usuário buscar repetidamente os serviços de urgência.

Frente ao exposto acima, neste estudo foi identificado que o acesso geográfico, caracterizado por Ramos e Lima (2003) pela forma, tempo e distância de deslocamento até o serviço de saúde, não é muito importante para definir a escolha do indivíduo em que serviço procurar atendimento, principalmente nas situações de urgência. Alguns usuários frequentes referiram que tinham preferência em buscar assistência em serviços com maior facilidade ao acesso funcional do que nos mais próximos de suas residências. Exemplo disso são os indivíduos que saem de suas cidades para buscar assistência em Porto Alegre, como cinco usuários frequentes entrevistados que residem na Região Metropolitana.

*“Eu fui melhor atendida no Hospital de Clínicas do que na minha própria cidade. (...)Eu me sinto muito insegura aqui na minha cidade. Eu prefiro sempre ir no Hospital de Clínicas.” E1.*

*“Eu também me mudei para Belém Velho [bairro de Porto Alegre]. Antes ficava mais no caminho. Agora ficou mais longe, mas mesmo assim eu corro e vou para aí.” E8.*

Resultados similares foram encontrados em outras pesquisas que analisaram a utilização geral dos serviços de saúde (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; RAMOS; LIMA, 2003). Segundo esses autores, a proximidade geográfica entre a moradia do usuário e o serviço de saúde não se constitui no elemento central determinante de sua escolha, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento.

Um estudo realizado em Portugal teve o propósito de verificar o impacto da implementação de unidades de saúde da família na procura pelos serviços de urgência. Esperava-se que, com unidades de saúde mais próximas das residências e com o devido acompanhamento de saúde, diminuísse a utilização dos serviços de urgência. Porém, foi constatado que não existiu uma associação da implantação das unidades de saúde da família com a redução da busca por atendimento nos serviços de urgência (CORTEZ, 2009).

Stein (1998) identificou, em estudo realizado em Porto Alegre, que o usuário leva, em média, 34 minutos para ir do domicílio até um serviço de urgência, enquanto que o tempo de deslocamento para a atenção primária é de 19 minutos. Ele e outros autores concordam que, além das dificuldades de acesso funcional, a pouca resolutividade dos serviços de saúde influencia os indivíduos procurarem atendimento em outros locais mais distantes de suas residências (ROESE, 2005; DEGANI, 2002; STEIN, 1998).

Para os usuários frequentes, o hospital e o serviço de urgência em que o estudo foi realizado representam um local capaz de responder às demandas e resolver os problemas de saúde. Os indivíduos relataram que, a partir de boas experiências prévias, passaram a procurar atendimento somente nesse serviço, já que a assistência em outros locais não foi tão resolutiva.

*“Eu fui primeiramente no pronto atendimento de Guaíba [cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre]. Eu tirei raio-x e me informaram que eu estava com uma dor muscular. Só que essa dor não passava nunca. Primeiro eu tive uma pneumonia e com essa pneumonia eu tive um derrame pleural. (...) Eu resolvi procurar a emergência. Então eu fui no Hospital de Clínicas.” E1.*

*“Depois que eu comecei a ir no Hospital de Clínicas, eu nunca mais fui para outro. Eu ia no Hospital A. Mas no Hospital A nunca*

*precisei internar, mesmo quando eu precisava eles nunca... O tratamento eu fazia em casa e igual não adiantava. Melhorava um pouco, mas nunca fiquei 100%. E depois que eu comecei a ir aí mudou tudo, o atendimento mudou.” E8.*

*“Eles não achavam o problema até... Eles acharam o problema até tirar água da medula, conseguiram achar o que era para poder medicar. Foi o que resolveu meu problema. (...) Pra mim é tudo pra lá.” E9.*

A resolutividade refere-se à aptidão do sistema de saúde dentro de seus limites de complexidade e capacidade tecnológica de resolver satisfatoriamente os problemas de saúde que levam o usuário a procurar os seus serviços dentro de cada nível de assistência (CHIORO; SCAFF, 1999). Trata-se de uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008). A ação resolutiva nos serviços de urgência está relacionada ao imediatismo do atendimento e à consequente resolução do problema de saúde atual (LUDWIG; BONILHA, 2003).

Carret et al (2011) constatou que 58,2% dos indivíduos que procuraram atendimento em serviço de urgência em Pelotas afirmaram que era esse serviço que tinha mais condições de resolver o seu problema. Numa pesquisa realizada no mesmo serviço de urgência deste estudo, foi evidenciado que a grande maioria dos idosos considerava que o seu problema de saúde tinha sido resolvido na perspectiva clínica. Dentre os indivíduos que relataram ainda não ter totalmente a resolutividade, encontram-se usuários classificados com risco alto e intermediário, os quais referiram a necessidade ainda da continuidade da terapêutica (GONÇALVES, 2011).

Segundo Deslandes (2002), a opção de busca pelo serviço de urgência se fundamenta num raciocínio popular pragmático, amparado por sucessivas experiências frustradas em outros serviços e pelo êxito de resolução de problemas que a urgência corporifica. Com pouco tempo de espera nos serviços de urgência, já se tem um diagnóstico e se inicia uma terapêutica, gerando a satisfação do usuário com o imediatismo da ação (LUDWIG; BONILHA, 2003).

Embora este estudo não tenha explorado a satisfação dos usuários frequentes com a assistência no serviço de urgência, diversos usuários relataram, durante as entrevistas, ter buscado assistência no serviço de urgência do hospital por acharem que receberiam um bom atendimento, pois já tinham ficado satisfeitos em outras idas anteriores. A satisfação com atendimentos prévios estava geralmente associada à facilidade de acesso e à resolução dos problemas de saúde.

*“Nas vezes que eu fui lá, eu fui bem atendido. Eu estava ruim (...) e resolveram o meu problema lá.” E9.*

*“Eu gosto daí, gosto. Sou muito bem atendida. Com dedicação, tudo. (...) O tratamento é bom, sempre fui muito bem tratada também. (...) Só tem vantagem. É muito bom.” E15.*

*“O bom atendimento, né. A gente é bem atendido no Hospital de Clínicas.” E17.*

*“É muito boa a emergência do Hospital de Clínicas.” E14.*

A satisfação com o atendimento ocorre quando as necessidades e expectativas do usuário são atendidas, de forma que suas percepções se tornam mais positivas e os resultados esperados sejam alcançados (CRUZ; MELLEIRO, 2010). Estudos têm demonstrado que a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido nos serviços de urgência tem sido positiva, pois percebem as ações como imediatas, apesar de condicionadas a uma espera em condições inadequadas (SOUFI et al, 2010; MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009; BUCKLEY, 2009; RODRIGUES, 2009; COUGHLAN; CORY, 2007).

Estudo realizado em nove serviços hospitalares de urgência localizados na região de Múrcia, Espanha, identificou que a média de satisfação sobre o atendimento recebido foi de 8,01 de uma escala de 1 a 10. Foram identificados fatores que se relacionam com uma melhor satisfação dos usuários, como o atendimento médico recebido, a assistência de enfermagem e o atendimento administrativo (HIDALGO et al, 2012). As informações fornecidas ao usuário e aos seus acompanhantes sobre a terapêutica adotada, a resolutividade dos problemas de saúde, as orientações de alta, o tempo de espera e de permanência no serviço também são fatores associados à satisfação do usuário (HIDALGO et al, 2012; RODRIGUES, 2009).

Conforme Deslandes (2002, p. 99), a população “conta com um serviço de boca-a-boca com base em experiências anteriores de busca de socorro nos serviços públicos”. Dessa forma, os usuários estabelecem uma classificação que caracteriza a qualidade de cada serviço, distinguindo-os uns dos outros e elaborando uma espécie de “guia de busca de atendimento”.

Foi identificado que a maioria dos usuários frequentes concorda em ter recebido um bom atendimento no serviço de urgência estudado e, portanto, estão satisfeitos com a assistência. Isso indica que para o indivíduo que visita muitas vezes o serviço de urgência, geralmente a satisfação com o atendimento e com a resolução de seus problemas de saúde nas experiências prévias influencia na escolha de qual serviço de saúde procurar, novamente, no momento de necessidade.

Porém, uma pesquisa realizada em Taiwan identificou que usuários eventuais apresentavam maiores escores de satisfação do que os usuários frequentes. Segundo os

autores, usuários frequentes ficavam mais satisfeitos com o cuidado no serviço quando o tempo de espera atendia às suas expectativas e recebiam instruções dos profissionais de saúde no momento da alta (HUANG et al, 2004). Resultado similar foi encontrado em estudo realizado na Austrália, em que a satisfação com usuários frequentes obteve menores escores do que a dos eventuais (SUN; BURSTIN; BRENNAN, 2003). Conforme Hansagi (2001) a satisfação com a assistência nos serviços de urgência dos usuários frequentes parece diminuir quando a equipe que os atende desvaloriza seus sintomas referidos.

Um aspecto que foi identificado neste estudo como relacionado à utilização frequente do serviço de urgência é o vínculo que eles formam com os profissionais de saúde, o serviço e o hospital. A partir das dificuldades encontradas no acesso aos outros serviços de saúde, que os levam a procurar assistência em muitas ocasiões no serviço de urgência, os usuários estabelecem, normalmente, um vínculo com os profissionais que os atendem tantas vezes.

*“Eu adoro essa turma toda. Eu adoro eles. Quando tu é bem tratada, tu tem que mais é gostar das pessoas. Se tu vai num lugar e está sendo mal tratada, porque tem certos postos [de saúde que atendem] com tanta discriminação que a gente prefere ir aí na emergência do que num posto.” E15.*

O vínculo formado foi explicitado durante diversas entrevistas como um sentimento de confiança, que não se limitava somente aos profissionais e ao serviço de urgência, mas também ao hospital como um todo. É observado que a experiência de atendimentos anteriores com familiares também foi relevante para a formação do vínculo.

*“É que sempre que posso eu me trato no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Minha família também, esposa e filhos. E a gente tem uma confiança no hospital.” E4.*

*“Eu tenho mais confiança lá [no HCPA] do que em outros hospitais. (...) Eu ia direto para lá, que eu tinha fé. Eu procurava só lá.” E9.*

*“Eu sei que lá [Serviço de Emergência do HCPA] já estou acostumado. (...) Eu vou lá e pronto. Me sinto bem. Bem atendido. Então é por isso que eu vou direto lá, já estou acostumado e já considero a minha casa.” E18.*

Foi identificado que muitos usuários frequentes têm um vínculo de anos com o hospital, desde internações anteriores até acompanhamento contínuo no ambulatório, o que se torna um motivo de voltar ao serviço de urgência quando necessário.

*“Olha, desde que me sinto assim, que começou a me dar esse problema, faz dez anos atrás, eu sempre me trato no Hospital de Clínicas.” E2.*



*“Porque eu me trato aí desde 1989.” E10.*

*“Exatamente pelo fato de eu me tratar aí. Já fiz cirurgias aí, já fiz cinco procedimentos.” E13.*

Dois usuários moderadamente frequentes exemplificaram a vinculação com o hospital pelo fato de terem prontuário. Um deles cita algumas vantagens de se ter o prontuário e os registros anteriores.

*“Eu já tenho prontuário aí dentro, eu já faço tratamento. Eu faço investigação para Lúpus e eu faço acompanhamento com a Nefro [nefrologia].” E11.*

*“É que no meu caso eu usava a emergência porque está tudo guardado aí. Qualquer médico que me pegasse saberia com o que estava lidando. Os registros. Se eu entro, se saio, se vou embora, tudo.” E13.*

Outra forma de exemplificar essa vinculação é a fidelidade do usuário com o serviço, ou seja, o indivíduo utiliza exclusivamente o Serviço de Emergência do HCPA e não outro serviço de urgência. A grande maioria dos usuários frequentes relatou que não utiliza outros serviços de urgência além do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A formação do vínculo dos indivíduos com os profissionais que trabalham nos serviços de urgência é um aspecto delicado, porém relevante de ser discutido. Existem poucos trabalhos que abordem especificamente essa temática, tanto no âmbito nacional quanto internacional.

Com o tempo e crescente familiaridade, principalmente em relação aos usuários altamente frequentes, essas pessoas solicitam um nível de envolvimento afetivo mais profundo por parte dos enfermeiros e médicos que trabalham nos serviços de urgência. Isso pode ser visto como um elemento positivo para a equipe que está acostumada a atender pacientes anônimos que procuram o serviço uma vez e nunca mais (SCHAULIS, SNOEY, 2001).

Malone (1996), ao entrevistar enfermeiros na sua pesquisa, identificou uma grande frequência de relatos sobre o vínculo desses profissionais com os usuários que buscam atendimento repetidamente. Os enfermeiros afirmavam que muitas vezes consideram os usuários frequentes como sendo parte da família, já que conhecem seus familiares e suas histórias de vida.

Segundo Marques (2004) e Degani (2002), a garantia de acesso e da resolutividade do problema de saúde pode assegurar o vínculo com o serviço e ser o motivo principal da

procura. Outros autores já haviam afirmado a influência do vínculo na busca pelos serviços de urgência (GONÇALVES, 2011; BATISTELA; GUERREIRO, ROSSETTO, 2008; MARQUES; LIMA, 2007). Na pesquisa de Caccia-Bava et al (2011) foi evidenciado que 20% das pessoas que foram entrevistadas relataram não ter estabelecido um vínculo com unidades de atenção primária, mas sim com uma unidade de pronto atendimento, que é um dos serviços pré-hospitalares para atendimento às urgências.

Na configuração em que o sistema de saúde brasileiro está organizado, os serviços de urgência deveriam responder apenas às demandas de forma pontual e episódica, não contínua. Portanto, o vínculo dos usuários com esses serviços deveria ser apenas temporário, durante o período do tratamento, e não deveria se estender após a alta. No entanto, devido às diversas fragilidades na rede de atenção à saúde, observa-se que os indivíduos têm constituído vínculos cada vez mais fortes em serviços de maior complexidade, como as urgências hospitalares.

Embora os vínculos formados pareçam fortes, são fragmentados e insuficientes, em longo prazo, na resolução dos problemas de saúde dos usuários, já que esses locais não estão organizados nem preparados para atender a saúde da população de forma contínua e integral. Concordando com Gonçalves (2011), pode-se afirmar que os vínculos unicamente com o atendimento ambulatorial e com o serviço de urgência não são adequados, nem para o usuário, nem para o sistema de saúde.

O Ministério da Saúde reforçou em 2011 que a atenção primária, como componente da Rede de Atenção às Urgências, tem como responsabilidade o fortalecimento do vínculo do usuário com as unidades de referência (BRASIL, 2011b). A falta de vínculo com a atenção primária, assim como as dificuldades no acesso e a pouca resolutividade, já abordados anteriormente, comprometem o seguimento da assistência, o que pode gerar, principalmente às populações mais vulneráveis como idosos e pessoas com condições crônicas, agravos agudos ou agudizados que exijam atendimento de urgência.

Outro fator que motivou os indivíduos a utilizarem frequentemente o serviço de urgência foi o retorno acertado com a equipe de saúde do serviço. Quando o usuário tem condições de alta, mas ainda precisa de acompanhamento do tratamento, os profissionais orientam que ele retorne ao serviço de urgência para ser reavaliado ou realizar exames. Às vezes, o usuário necessita voltar no serviço de urgência diversas vezes, mesmo que seu problema de saúde esteja estabilizado e não seja mais considerado urgente.

*“Por isso que eu fui 8 vezes. Eu fui atendido na primeira vez, aí eu fiquei de segunda a sexta aí na emergência. Me mandaram para casa para tomar remédio. Depois eu ia voltando e eles ficaram me*

*acompanhando até ficar curado. (...) Já deixaram marcado para eu voltar. Daí eu voltava e era atendido. Eles me revisavam ali e me mandavam de volta. Eles mandavam fazer um exame, alguma coisa, e voltava. O retorno foi assim, foi 8 vezes que eu ia fazer raio-x, exame de sangue... Como é que estava o pulmão. Eles me acompanhavam para ver se a doença estava melhorando” E12.*

*“Foi, foi sempre o mesmo problema. Daí eles marcaram e remaravam para eu voltar.” E6.*

Os usuários que procuravam o serviço de urgência por causa dos retornos no turno da manhã eram geralmente encaminhados para receber atendimento no Serviço de Pronto Atendimento, zona 12 do ambulatório do hospital.

*“Porque foi tratamento continuado. Na zona 12. Ia na emergência e era encaminhado para a zona 12.” E4.*

*“Foi, porque daí tinha retorno. Tinha que passar nesse setor ali, da emergência, para eles encaminharem lá para o setor 12. Aquela coisa toda. Tu ia lá e fazia a triagem e verificavam se era lá na emergência ou se era para outro setor. Tive que retornar lá daí.” E9.*

*“Eu primeiro fui na emergência, depois eu fui encaminhada para a zona 12. Eu tinha que fazer exames, então no outro dia eu passava pela emergência e ia lá para a zona 12 mostrar os exames.” E14.*

A marcação de retornos de usuários para o serviço de urgência, mesmo quando não é uma situação que necessite de atendimento imediato, aponta fragilidades na articulação do serviço de urgência com os demais serviços da rede de atenção à saúde, já que o acompanhamento do tratamento muitas vezes não é delegado aos serviços ambulatoriais de atenção primária e secundária. É possível que, apesar dos esforços do Ministério da Saúde na instituição e no fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências, os serviços de urgência ainda não funcionam como integrantes de uma rede assistencial e não trabalham como tal.

Ainda, a lentidão no encaminhamento para marcação de exames, a longa espera na regulação de leitos para a internação hospitalar, assim como os outros problemas já destacados no acesso à atenção primária, faz com que profissionais dos serviços de urgência prefiram manter os usuários vinculados na instituição do que deixá-los sozinhos na peregrinação por assistência.

Assim, pode-se afirmar que a marcação de retornos é mais um aspecto relacionado à organização do sistema de saúde vigente e que influencia a busca repetida por atendimento nos serviços de urgência. Fica evidente que o próprio serviço e o sistema contribuem, em parte, para a demanda frequente.

### 5.2.3 “Eu praticamente vivo neles [consultórios médicos]” – a utilização de outros serviços de saúde

Neste tópico são apresentados resultados referentes à utilização de outros serviços de saúde pelos usuários frequentes. Trata-se de uma discussão bastante difundida entre os pesquisadores da temática e é essencial para a análise da utilização frequente dos serviços de urgência. Afinal, usuários frequentes têm os serviços de urgência como única fonte de cuidado ou utilizam outros serviços de saúde de forma usual?

A importância em se responder a esta pergunta está associada ao seguimento e à continuidade da atenção à saúde aos usuários frequentes. Com base nos dados mostrados anteriormente, a grande parte desses indivíduos corresponde a grupos populacionais mais vulneráveis, como os idosos e as pessoas portadoras de condições crônicas, que necessitam de um conjunto de ações articuladas e contínuas na obtenção de um cuidado pautado no princípio de integralidade.

Roese (2006) afirma que idosos e pessoas com condições crônicas e degenerativas tendem a enfrentar muitas dificuldades no acesso geográfico e funcional da atenção primária, devido a seus problemas de saúde, optando por procurar os de maior complexidade, o que os distancia de possíveis cuidados preventivos e de promoção da saúde. Essa última situação faz com que o acompanhamento contínuo desse tipo de patologia não aconteça e acabe reforçando a utilização de serviços de maior complexidade.

No entanto, neste estudo foi identificado que, dentre os 18 indivíduos entrevistados, apenas três referiram não ter vínculo com um profissional ou serviço de saúde. A maioria dos usuários utilizava, com maior ou menor frequência, os serviços oferecidos na atenção primária e/ou no ambulatório do hospital estudado. Como mostra a fala de um usuário, os indivíduos parecem utilizar frequentemente outros serviços de saúde também.

*“Eu praticamente vivo neles [consultórios médicos]. Eu vou bastante. Até inclusive agora eu preciso de um cardiologista. Então, eu vou com bastante frequência.” E5.*

Resultados similares em que os usuários frequentes utilizavam outros serviços de saúde, além dos de urgência, foram encontrados em diversos estudos internacionais (DOUPE et al, 2012; WAJNBERG et al, 2011; PINES et al, 2011; LACALLE; RABIN, 2010;

SANDOVAL et al, 2010; SHIBER; LONGLEY; BREWER, 2009; HUANG et al, 2008; CHAN; OVENS, 2002; HANSAGI et al, 2001).

Um estudo identificou que os 2.177 usuários frequentes de serviços de urgência da província canadense de Manitoba tinham realizado 64.110 contatos com serviços de saúde em um ano, incluindo os serviços de urgência, atenção primária e secundária, internação hospitalar, etc. Foi evidenciado que 66,7% dos usuários frequentes tinham utilizado a atenção primária sete ou mais vezes, enquanto que 46,8% tinham ido pelo menos três vezes no ano. Foi visto ainda que 48,7% dos usuários frequentes tinham consultado três ou mais vezes com especialistas (DOUPE et al, 2012).

Outra pesquisa constatou que indivíduos que buscaram atendimento no mínimo quatro vezes em um ano em serviço de urgência na Irlanda relataram usar mais os serviços públicos de Enfermagem, de bem-estar comunitário, de trabalho social, de aconselhamento de vícios e psiquiátricos (BYRNE et al, 2003). Conforme Hunt et al (2006), indivíduos que não têm uma fonte usual de cuidados são menos prováveis de serem usuários frequentes.

A partir dos motivos expostos no tópico anteriormente apresentado, neste estudo foi possível identificar uma grande lacuna na assistência à saúde de usuários frequentes no primeiro nível de atenção à saúde. Tanto em situações agudas ou agudizadas, quanto nas ações continuadas, existem dificuldades a serem superadas pelo usuário para obter acesso em UBS e unidades de ESF. Metade dos indivíduos entrevistados explicitou que não utilizam esses serviços, mesmo quando o atendimento não necessita ser imediato.

*“Não adianta, não atendem. Posto de saúde não atende.”* E11.

Em outro estudo sobre os usuários frequentes foi visto que o seguimento de saúde de muitos usuários frequentes está comprometido, à medida que eles não conseguem vaga na atenção primária para serem atendidos e se dirigem para os serviços de urgência, onde o acesso é facilitado (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010).

Porém, discordando, em parte, dos resultados obtidos na pesquisa de Souza, Figueiredo e Pinto (2010), foi identificado que a outra metade dos usuários frequentes utilizam a atenção primária de forma contínua, a partir das ações programadas oferecidas pelo serviço.

Foi destacado por alguns indivíduos que, quando a situação não é tão grave nem urgente, procuram atendimento nas UBS e unidades de ESF de referência.

*“No Hospital de Clínicas eu vou quando é mais complicado, eu acho que não tem solução por aqui [unidade de atenção primária de referência].” E9.*

*“Mas também quando não é tão grave assim eu procuro o postinho de saúde, um clínico geral. Tem o posto X aqui perto de casa que a gente consulta quando precisa. Tem uma clínica aqui que atende a gente, muito boa também. A gente utiliza aqui.” E14.*

Como indicam as falas acima, os indivíduos buscam atendimento na atenção primária quando o problema de saúde não exige uma intervenção rápida. Porém, no momento em que a situação se agrava e afeta o cotidiano dos usuários, as diversas barreiras de acesso nas UBS e ESF tornam os serviços de urgência como uma alternativa para obter assistência imediatamente. Para o atendimento nas situações agudas, mesmo de baixa complexidade, essas unidades da atenção primária não são procuradas.

Um indivíduo citou ainda que preferia marcar uma consulta particular com os médicos do que esperar o atendimento na atenção primária.

*“A maioria [das consultas com médico] quando eu preciso mesmo e rápido eu faço particular. Mas quando eu tenho tempo de esperar, eu tento marcar no posto. Se eu não consigo, eu pago. (...) Eu prefiro ligar para uma clínica e eu marco para o outro dia. E não é muito caro, 30 Reais. É o que todo mundo hoje na verdade está fazendo.” E5.*

Segundo Azevedo e Costa (2010), um aspecto muitas vezes destacado como negativo por usuários da atenção primária é o atendimento de urgência, que, diante de suas necessidades mais agudas, esperam encontrar na unidade de saúde mais próxima. As urgências são uma demanda muito reprimida na atenção primária e geram mais insatisfação dos usuários.

Quando questionados se tinham buscado assistência em outro local antes de se dirigirem ao serviço de urgência, os sujeitos entrevistados, com quase unanimidade, responderam negativamente. Um usuário relatou ter procurado a unidade de atenção primária de referência, mas como não tinha médico, teve que ir no Serviço de Emergência do HCPA. Outro referiu ter utilizado uma unidade de pronto atendimento, que não foi resolutiva e o problema de saúde se agravou.

Foi constatado que a atenção primária é muito utilizada para cuidados bem específicos, que não são urgentes e que são, algumas vezes, considerados de baixa densidade tecnológica se comparados ao dos serviços de urgência. Os usuários referem usar a atenção

primária para realizar consultas médicas, retirar medicações e verificar rotineiramente a pressão arterial e a glicemia capilar.

*“Eu utilizo o posto de saúde daqui, quando é pouca coisa. Medicamento para o diabetes, tem que ir lá fazer exame de sangue e urina, aquelas coisas. Aí eu utilizo por eles, eles encaminham ali.” E9.*

*“Agora na última vez que eu estive aí, eu tive que fazer acompanhamento no posto de saúde. Posto de saúde de onde eu moro... postinho. No meu caso, acompanhamento de pressão, de diabetes. Eu tenho o médico, eu consulto com ele, ele me dá as receitas de diabetes. (...) Eles me dão remédio e eu tenho ido ali, uma vez por mês, mais ou menos. Para olhar a pressão e a diabetes eu vou seguindo ali.” E12.*

*“Eu tenho um médico clínico, me trato da pressão e colesterol. O médico clínico daqui. É de Cachoeirinha mesmo. É pelo SUS, no posto de saúde. Até o remédio está escrito aí.” E18.*

Verifica-se que as ações nas quais os usuários frequentes têm mais acesso na atenção primária são de programas direcionados a hipertensos e diabéticos. É observado que os indivíduos frequentam bastante as UBS e ESF para o controle e prevenção de agravos relacionados às condições crônicas.

Conforme Lima e Assis (2010), o acesso na atenção primária é focalizado por restringir o atendimento ao público a determinados serviços ou programas. Na prática cotidiana estão presentes ações programáticas pontuais baseadas em conhecimentos e tecnologias voltadas para a intervenção de grupos populacionais específicos (criança, mulher, diabético, etc).

Nos estudos internacionais sobre a utilização repetida dos serviços de urgência é avaliada mais a frequência com que os indivíduos procuram atendimento na atenção primária do que os programas e ações de que eles participam, o que impossibilita a discussão sobre estes achados. Porém, vale ressaltar que diversos estudos apontam que os usuários frequentes procuram mais atendimento continuado na atenção primária do que os eventuais (LACALLE; RABIN, 2010; BYRNE et al, 2003; CHAN; OVENS, 2002; HANSAGI et al, 2001).

Destaca-se o fato de que vários usuários frequentes estavam vinculados a pelo menos uma especialidade do ambulatório do hospital. É entendido que muitos utilizam de forma continuada o ambulatório e não, as UBS e ESF.

*“Eu utilizo o gastro. (No ambulatório do HCPA?) É, de hepatite C. (...) Agora estou indo com frequência assídua, porque eu estou fazendo um tratamento com interferon.” E3.*

*“Eu me trato no ambulatório do Hospital de Clínicas, na medicina interna. Então, quer dizer, de 15 e 15 dias eu vou na medicina interna, fazer o TP [tempo de protrombina], para saber como é que está o sangue, se está coagulado ou não. Tenho consulta direto com o médico da medicina interna.” E7.*

*“Medicina interna, nefrologia e gineco. Psiquiatria, tenho acompanhamento na psiquiatria. Ultimamente eu estou indo quase uma vez por semana, com o tratamento que estou fazendo.” E11.*

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos teve um resultado similar a este. Sandoval et al (2010) evidenciaram que, embora existisse pouca diferença na utilização da atenção primária entre usuários frequentes e eventuais da unidade de urgência hospitalar estudada, o percentual de usuários frequentes que consultavam no ambulatório do hospital era muito superior ao dos eventuais (45% versus 23%, respectivamente).

A partir do exposto, pode-se afirmar que a maioria dos usuários frequentes tem vínculo com o ambulatório do hospital ou com alguma unidade da atenção primária, o que indica que esses indivíduos são acompanhados habitualmente por profissionais em diferentes pontos da atenção à saúde. Porém, ainda não foi possível verificar se os usuários recebem o seguimento do cuidado obtido nesses diferentes níveis da atenção, principalmente dos serviços de urgência.

O fato de ter indivíduos sendo assistidos somente em ambulatórios especializados não corresponde ao propósito da atenção integral. A continuidade do cuidado em diferentes níveis da atenção não desresponsabiliza a equipe de saúde à qual os usuários estão vinculados (AZEVEDO; COSTA, 2010). Dessa forma, deveria haver comunicação, tanto da equipe que assiste os indivíduos no ambulatório, quanto dos profissionais responsáveis pelo atendimento no serviço de urgência, com a equipe da atenção primária. A troca de informação entre os diferentes serviços de saúde é uma garantia para a integralidade do cuidado.

A transição do cuidado e a comunicação entre os serviços de urgência com os demais serviços da rede assistencial não foi destacada nas entrevistas. Apenas um sujeito relatou ser encaminhado do serviço de urgência para outro de menor complexidade para continuar o tratamento.

*“Agora que eu estava fazendo um acompanhamento que o médico pediu do Hospital de Clínicas... Pediu para fazer acompanhamento aqui [unidade de atenção primária de referência] sobre a pressão. Ele viu que a pressão estava muito alta, então eu fiz acompanhamento de quase um mês seguido.” E12.*



A transição do cuidado é, atualmente, um tema bastante discutido na área da saúde por ser uma forma de garantir a continuidade da assistência em diferentes níveis da rede de atenção à saúde. Segundo Coleman e Fox (2004), a transição do cuidado se trata de diversas ações designadas para assegurar a coordenação e a continuidade da atenção à saúde na transferência de usuários de um serviço de saúde para outro, tanto em diferentes localidades (do hospital para unidade de referência, por exemplo), quanto em diferentes níveis de cuidado no mesmo local (de unidade de internação para UTI no mesmo hospital, por exemplo). Para isso, é necessário que se envolva os profissionais que já prestaram o atendimento e os que irão receber os planos de cuidado elaborados para continuar a assistência (AGS, 2007). Pode-se entender que a referência e contrarreferência são mecanismos para facilitar e qualificar a transição do cuidado.

Estudos apontam que a transição do cuidado e os encaminhamentos feitos no momento da alta do usuário no serviço de urgência previnem a reincidência nesses serviços (SHUMWAY et al, 2008; HEGNEY et al, 2006; GUTTMAN et al, 2004; MURTAUGH; LITKE, 2002). Em Montreal, no Canadá, um serviço de urgência desenvolveu um programa em que enfermeiros eram responsáveis pelo processo de alta de usuário idoso. Os enfermeiros identificaram os problemas de saúde dos idosos, elaboraram estratégias para orientação sobre o tratamento no domicílio, encaminharam os usuários para continuar o cuidado na atenção primária e os acompanharam por telefone por até uma semana após a alta. Os resultados mostraram que o programa reduziu a reincidência dos idosos no serviço de urgência, aumentou a satisfação do usuário com as orientações de alta e facilitou a transição do serviço para o domicílio e para os serviços de atenção primária (GUTTMAN et al, 2004).

No Brasil, a transição do cuidado ainda é incipiente, principalmente nos serviços de urgência. Rocha (2005) afirma que existe uma desorientação e desorganização dos fluxos de atendimento nesses serviços, sendo que pouca ou nenhuma informação é dada aos usuários no momento da alta. Embora a contrarreferência seja um importante mecanismo orientador para a transição do cuidado na rede de serviços do SUS, ainda é quase inexistente. Segundo Azevedo e Costa (2010), o mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência é mais uma dificuldade no acesso ao sistema de saúde.

Foi evidenciado que a maioria dos usuários não utiliza outros serviços de urgência, senão o do HCPA. Cinco indivíduos relataram já ter buscado assistência em outros serviços de urgência hospitalares e pré-hospitalares móveis (representados pelo SAMU e pela brigada militar).

*“Já usei o SAMU.” E3.*

*“No Hospital B. O único que eu vou. No hospital B e Hospital de Clínicas. Quando um não está lotado...” E5.*

*“No Hospital A.” E8.*

*“Eu já estive no Hospital B e no Hospital C. E estive duas vezes no Postão D. (...) Tem vezes que eu uso o SAMU. (...) Eu já fui socorrido três vezes pela brigada militar. A brigada militar já me socorreu também. Eu passei mal na rua e a brigada militar me socorreu. Só que uma vez me levaram para o Hospital A e outra vez no Postão D.” E17.*

Em estudo realizado nos estados Unidos foi identificado que a maioria dos usuários frequentes buscava atendimento em diferentes serviços de urgência. Segundo os autores, 42% utilizavam apenas um serviço, 34% usavam dois, 15% utilizavam três, 5% visitavam quatro e 4% usavam cinco ou mais serviços. Foi observado que os indivíduos que procuravam assistência em múltiplas unidades de urgência tinham um número maior de idas a serviços de urgência do que os que utilizavam apenas uma unidade (FUDA; IMMEKUS, 2006).

Diferentemente dessa pesquisa internacional, neste estudo foi constatado que a maioria dos usuários frequentes é fiel a um serviço de urgência. Isso reafirma a influência da vinculação com os profissionais, serviço e instituição na utilização repetida dos serviços de urgência.

#### **5.2.4 “Vantagem nenhuma. Bom seria eu não procurar” – as vantagens e desvantagens da utilização do serviço de urgência**

Conforme visto anteriormente, existem vários aspectos que influenciam a escolha do usuário em buscar repetidamente assistência nos serviços de urgência. Foram discutidas diversas vantagens na utilização desses serviços, na opinião dos usuários, como a facilidade de acesso, a garantia de atendimento, a resolutividade, entre outras. No entanto, o uso desses serviços envolve também desvantagens que constituem mais desafios para os usuários obterem assistência.

Procurar assistência em serviço de urgência representa a possibilidade de vivenciar ambientes superlotados (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008). A superlotação é a principal desvantagem relatada pelos indivíduos entrevistados e é entendida de duas formas: como um

problema exclusivamente do serviço estudado e como um fenômeno do sistema de saúde como um todo.

*“Os funcionários ficam lá que nem cego em tiroteio, porque é um monte de pessoas para atender. (...) A gente entra lá e fica correndo o risco de pegar uma doença, porque fica todo mundo amontoado. Parece sei lá o que aquilo. E é de se estranhar, porque é um hospital de referência no Brasil em tecnologia e pesquisa, em uma série de coisas, mas em atendimento de urgência deixa a desejar.” E3.*

*“O ponto negativo atualmente é que está sempre superlotado. Mas não é culpa exclusivamente do hospital, é toda rede gaúcha que está assim. Essa seria a desvantagem.” E4.*

A superlotação consiste na saturação do limite operacional do serviço de urgência. Taxas de ocupação de leitos iguais ou maiores de 100%, tempo de espera para atendimento médico de uma hora ou mais, sala de espera para consulta médica lotada e disposição de pacientes nos corredores são alguns dos principais indicadores de superlotação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Um dos principais motivos que causam a superlotação é o elevado tempo de permanência dos usuários no serviço (HENNEMAN et al, 2010; BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Os sujeitos entrevistados destacaram que a alta demanda e o elevado tempo de espera para a assistência são pontos negativos de se utilizar o serviço de urgência. É ressaltada nas falas dos usuários a demora, também, em se conseguir um leito em unidade de internação hospitalar. Um indivíduo ainda cita que no serviço de urgência demora o atendimento, por não ser um serviço particular.

*“Isso de estar superlotado, isso é claro que o cara tem que esperar um pouco, não é médico particular.” E12.*

*“A desvantagem é que tem muita procura na emergência. É muita gente. (Demora o atendimento?) Demora bastante.” E16.*

Segundo Santos (2010), a superlotação é uma característica incorporada ao processo de trabalho nos serviços de urgência. Enfermeiros relatam a necessidade de amenizá-la e gerenciá-la, procurando prestar um atendimento adequado e humanizado à população. Porém, os indivíduos estão insatisfeitos com as consequências da superlotação na assistência. Estudo realizado em Fortaleza constatou que, na visão dos usuários, a alta demanda de atendimento compromete a assistência humanizada no serviço de urgência, já que o número de profissionais de saúde é insuficiente para atender o público (ANDRADE et al, 2009).

As queixas sobre o tempo de espera e demora no atendimento não são exclusivas de usuários brasileiros. Em estudo realizado na Colômbia foi identificado que o indivíduo, ao ver a extensa fila de pessoas que precisam ser atendidas no serviço de urgência, percebe que o tempo de espera será mais longo do que a expectativa inicial e fica insatisfeito (BETANCUR et al, 2010).

A espera prolongada para obter um leito em unidade de internação gera problemas além da insatisfação do usuário. Segundo Liu et al (2012), indivíduos que ficam aguardando leito são muitas vezes negligenciados pelos profissionais, que priorizam prestar assistência aos usuários que estão chegando na unidade do que aos que já estão mais estabilizados.

Por mais que os profissionais tentem prestar assistência de forma adequada e qualificada, as condições no cotidiano do trabalho impedem que isso aconteça (MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009). Um exemplo são as acomodações inadequadas geradas pela superlotação. Um indivíduo aponta a necessidade de ampliação do espaço de trabalho e de atendimento da unidade, que atualmente é insuficiente para a grande demanda.

*“É superlotada, não tem espaço físico. (...) O que eu tenho para falar é o que eu já escrevi lá e eu ponho no site do hospital. Que eu não entendo o porquê da emergência não ser ampliada, pelo menos o espaço físico.” E3.*

Os usuários reclamam, e muito, da necessidade de ficar em cadeiras e até mesmo em pé, ao invés de macas, durante a espera e o atendimento propriamente dito e a espera para leito em unidade de internação.

*“Uma desvantagem que tem é a espera nas cadeiras, né. Quando não tem leito, quando tem que ficar internado, não tem maca daí tem que ficar sentado três, quatro dias. Por causa da superlotação.” E7.*

*“A única coisa que é chata é ter que ficar sentada naquelas cadeiras a noite inteira.” E8.*

É observado que alguns indivíduos não compreendem a priorização da acomodação conforme gravidade. Está presente na fala de um indivíduo a ideia de que a acomodação deveria ser organizada a partir da ordem de chegada.

*“A desvantagem é esse lado. Tu vais lá e não tem previsão. Se sobrar um lugarzinho, de repente... eu via, estava lá, fica dois, três dias, e a gente já tem conhecimento. Assim, tinha gente que chegava depois de mim, arrumavam lugar para sentar, se acomodar, ficar deitado. E eu ia ficando, do lado, sentado. Pude ver muita coisa. Isso não está certo. Mas no demais, o atendimento é 100%. Eu acho que é um*

*pouco de falta de leito, de uma maca, alguma coisa. [Ficar] naquelas cadeiras é cansativo.” E2.*

A inadequação do ambiente de serviços de urgência já foi descrita em outras pesquisas (GONÇALVES, 2010; MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009; LUDWIG; BONILHA, 2003). No estudo de Gonçalves (2010) foi identificado que a maioria dos idosos, que permaneceram internados na sala de internação breve e de observação adulto de um serviço de urgência, reclamou da experiência de permanecer sentado por mais de 24 horas. Conforme Maciak, Sandri e Spier, (2009), o ambiente vivenciado pelos usuários nesses setores não são adequados nem confortáveis para a recuperação deles.

A falta de conforto em permanecer sentados enquanto aguardam leito de internação pode motivar os indivíduos a desistirem do atendimento e evadirem do serviço. A fala abaixo explicita isso:

*“No dia que eu tive um sangramento intestinal, a médica queria que eu ficasse lá sentada esperando atendimento. O atendimento não, a internação. Eu perguntei para ela quando que iria ser, ela disse que não tinha idéia. Então me levantei e vim me embora para casa. (É pior ficar sentado numa cadeira esperando?) Não, não é cadeira. Fiquei sentada naquela escadinha. Eu perguntei para ela “onde é que eu vou ficar até segunda ou terça-feira, que a senhora está falando?”. Aí ela “onde a senhora está sentada”. Não há condições!” E3.*

Além do que já foi abordado em relação à superlotação, à demora para receber atendimento e à insuficiência de acomodação adequada, outros estudos apontaram que usuários de serviços de urgência relatam diversos outros problemas que não foram destacados pelos sujeitos aqui entrevistados. A falta de informação, de privacidade e de higiene, o excesso de barulho, as consultas médicas de curta duração, o atendimento por acadêmicos e o sentimento de medo relacionado à própria condição de saúde são alguns dos fatores negativos citados (BETANCUR et al, 2010; GONÇALVES, 2010; MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009; LUDWIG; BONILHA, 2003).

Quanto às desvantagens de se utilizar os serviços de urgência, na percepção dos usuários frequentes, não foram encontrados resultados em artigos científicos para se discutir. Porém, um estudo apontou que os usuários frequentes criticavam a atuação de profissionais de saúde durante seus atendimentos. Para eles, a interpretação de seus problemas e a escolha de procurar o setor de urgência deveria ser respeitada e não estigmatizada por parte da equipe de saúde (OLSSON; HANSAGI, 2001). Neste estudo, em nenhum momento os indivíduos

comentaram de terem sido pré-julgados por serem usuários frequentes no serviço, nem que isso tenha afetado a assistência recebida.

Apesar de todas as desvantagens já descritas, é observado que os usuários se sujeitam e até aceitam isso devido a um propósito maior, que é conseguir atendimento de qualquer forma. Eles afirmam que, mesmo com todos os pontos negativos, ainda assim valeu a pena para obter assistência.

*“Só acho que demora demais. Mas quando vê às vezes tu está com dor, alguma coisa assim, vale a pena esperar, que nem eu estava.”*  
E5.

*“A desvantagem é que a demora é grande, que tem muito atendimento, muita gente. Mas tu tem que aguentar, não adianta.”*  
E9.

*“O único problema que eu tive é que estava lotada a emergência e eu fiquei uma semana sentado na cadeira. Mas isso no caso foi bom, por que eu saí completo. Saí com todos os exames e tal. Então pra mim isso foi indiferente, isso do cara sentar e ficar uma semana sentado esperando. (...) Eu estou contente com o atendimento no hospital. Não tive problema nenhum. Às vezes o pessoal reclama, mas não dá para reclamar.”* E12.

Isso demonstra que as vantagens de receber assistência no serviço de urgência se sobressaem às desvantagens. Os indivíduos entendem que seus problemas de saúde são tão severos e/ou necessitam de atendimento rápido, que preferem se submeter ao caos do serviço de urgência do que buscar assistência em outro local. Na unidade de urgência suas necessidades são supridas e seus problemas resolvidos, pelo menos até que necessitem de atendimento de urgência novamente.

## 6 DISCUSSÃO INTEGRADA DAS ETAPAS QUANTITATIVA E QUALITATIVA

Neste tópico, os principais achados da etapa quantitativa e qualitativa serão interpretados conjuntamente, com o propósito de se realizar uma análise integrada dos dados, como propõe Creswell (2010) para os estudos mistos. A integração dos dados quantitativos e qualitativos permitiu estabelecer relações e ampliar o foco de discussão sobre alguns pontos associados à utilização frequente dos serviços de urgência.

Foi possível mensurar, na etapa quantitativa, a participação dos usuários frequentes na demanda por atendimento do serviço de urgência. Foi constatado que cerca de 24% do total de atendimentos realizados em 2011 foram solicitados por usuários frequentes, demonstrando o grande impacto que a busca repetida por assistência causa para o serviço, o sistema de saúde e para a população. Do total dos usuários analisados, 65,2% eram pouco frequentes, 30,4% eram moderadamente frequentes e apenas 4,4% eram altamente frequentes.

A utilização frequente dos serviços de urgência é geralmente entendida como uma geradora de custos excessivos para o sistema de saúde, já que muitas vezes a assistência a esses usuários poderia ser realizada em outros pontos da atenção, de forma mais adequada e com menores custos (PINES et al, 2011). Ainda, é um dos fatores que influencia na superlotação dos serviços de urgência (HOOT; ARONSKY, 2008), contribuindo conseqüentemente para a sobrecarga de trabalho e podendo comprometer a qualidade do cuidado a outras pessoas que necessitam de assistência rapidamente (KUMAR; KLEIN, 2012).

Além dessas implicações para o funcionamento do serviço, a utilização frequente também tem repercussões individuais, influenciando na qualidade de vida das pessoas envolvidas. Nas entrevistas realizadas neste estudo, foi possível notar que a maioria dos usuários frequentes se lembrava detalhadamente das vezes que procurou assistência em serviços de urgência e demonstrava preocupação constante com o seu estado de saúde. Eles relataram que os problemas de saúde influenciavam no seu cotidiano e ameaçavam o seu bem estar. Também, pôde-se observar que a busca frequente por atendimento no serviço de urgência pareceu ser desgastante para o usuário, já que foram referidos diversos desafios para obtenção de assistência, tais como elevado tempo de espera e acomodações inadequadas.

Portanto, ressalta-se a importância em focalizar estudos referentes aos usuários frequentes de serviços de urgência, para se pensar em estratégias cada vez mais adequadas para diminuir o número de reincidências no serviço e reduzir as implicações que são causadas

por eles. Nesse aspecto, os resultados obtidos oferecem subsídios relevantes para a formulação de ações para evitar a utilização frequente dos serviços de urgência.

Foi identificado que os usuários frequentes constituem um grupo heterogêneo, com um perfil não uniformizado e com variados motivos de busca por assistência. Porém, é evidenciado que existem fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo que o tornam um usuário frequente. Dentre os fatores intrínsecos, estão as características demográficas e clínicas dos indivíduos que apontam para uma vulnerabilidade à necessidade de atendimento repetidamente em serviços de urgência. Já os fatores extrínsecos estão relacionados a fragilidades na organização do Serviço de Emergência do HCPA e do sistema de saúde no país, que influenciam na decisão do usuário para retornar à urgência hospitalar, ao invés de procurar outro serviço de saúde.

Os fatores intrínsecos foram mais evidentes nos resultados da etapa quantitativa do estudo, enquanto que os fatores extrínsecos apareceram mais nos resultados da etapa qualitativa. Isso demonstra a relevância da complementaridade das duas abordagens para a compreensão aprofundada da utilização frequente.

Estudos internacionais concordam que fatores intrínsecos ao indivíduo influenciam na utilização frequente dos serviços de urgência, já que é evidente que os usuários frequentes são mais doentes do que o restante da população que busca atendimento, por apresentarem características que os tornam mais vulneráveis, justificando o uso excessivo dos serviços de saúde (PINES et al, 2011; ACOSTA, 2010; LACALLE; RABIN, 2010; SANDOVAL et al, 2010; FUDA; IMMEKUS, 2006; SUN; BURSTIN; BRENNAN, 2003). Para os autores, essas pessoas têm uma saúde mais precária comparada aos usuários eventuais, por terem idade mais avançada, por apresentarem mais condições crônicas, por serem classificados nas categorias mais altas da classificação de risco (consideradas de urgência), por permanecerem mais tempo no serviço de urgência e por terem maiores taxas de internação hospitalar e de mortalidade. Além disso, os autores afirmam que os usuários frequentes utilizam outros serviços de saúde senão os de urgência.

Da mesma forma, neste estudo foi constatado que grande parte dos usuários frequentes era idosa, tinha baixa escolaridade, referia como queixa principal problemas relacionados à dor e apresentava pelo menos uma condição crônica, que são características coerentes com a necessidade de maiores cuidados de saúde e, conseqüentemente, de urgência. Corroborando com esses resultados, na etapa qualitativa foi observado que os usuários utilizam, também, outros serviços de saúde continuamente, principalmente as unidades de atenção primária e o ambulatório especializado do HCPA.



Anteriormente, foi visto que 84,4% dos usuários frequentes apresentavam alguma condição crônica, sendo que os problemas mais prevalentes foram as doenças de hipertensão arterial sistêmica (34,5%), câncer (20,5%) e diabetes mellitus (18,4%). Ainda, foi identificado que 41,1% dos usuários frequentes eram idosos, percentual bem mais elevado do que a variação de 12 a 21% que já foi descrita na literatura sobre a utilização geral dos serviços de urgência (CARRET et al, 2011; OLIVATI et al 2010; SALVI et al, 2007; AMINZADEH; DALZIEL, 2002).

Apesar de que envelhecer não significa adoecer, as pessoas em idades mais avançadas apresentam mais chances de ter problemas crônicos de saúde do que os mais jovens (VERAS, 2003). Dessa forma, o fato de usuários frequentes terem média de idade elevada (53 anos) e muitos serem idosos pode justificar a alta prevalência de condições crônicas.

Embora na etapa quantitativa não fosse possível relacionar a queixa principal com a demanda dos usuários frequentes, na etapa qualitativa foi possível identificar que a grande maioria dos indivíduos procurou atendimento em decorrência de agudizações e/ou complicações de condições crônicas. Mesmo que a demanda de usuários com problemas agudizados associados a condições crônicas tenha aumentado nos serviços de urgência nos últimos anos, pesquisas sobre a utilização geral dos serviços de urgência ainda têm evidenciado que, diferentemente do encontrado neste estudo, as queixas principais dos usuários são geralmente agudas (OLIVATI et al, 2010; JACOBS; MATOS, 2005).

No entanto, outros estudos demonstraram que os usuários frequentes têm mais probabilidade de ter alguma condição crônica do que os usuários eventuais e buscar atendimento de urgência por agudizações dessas condições (PAUL et al, 2010; MILBRETT; HALM, 1009; PEPPE et al, 2007; WILLIAMS et al, 2001; MANDELBERG; KUHN; KOHN, 2000). Esses dados indicam a relevância que as condições crônicas têm em todo sistema de saúde, já que são as principais demandas de ações dos usuários frequentes em qualquer nível de atenção.

Com menor incidência entre usuários frequentes, foram identificados agravos agudos durante a coleta de dados nos prontuários eletrônicos dos indivíduos. Os problemas de saúde agudos mais observados foram infecção do trato urinário, litíase renal e vesicular e pneumonia. Na etapa qualitativa, foi relatado pelos usuários que tais agravos são muitas vezes recorrentes e, por isso, eles buscam atendimento no serviço de urgência em tantas ocasiões.

Além disso, durante a etapa quantitativa, foi constatado que certos indivíduos realizaram mais de quatro visitas no serviço durante um curto período, de uma a oito semanas, e depois não utilizaram mais. Nas entrevistas realizadas, foi identificado que alguns usuários

que apresentaram problemas de saúde agudos procuraram assistência diversas vezes no serviço de urgência, devido à necessidade de maior período de tratamento e acompanhamento, mas depois não precisaram mais de atendimento.

Observou-se, nas duas etapas do estudo, que os usuários frequentes buscaram atendimento por problemas considerados urgentes e, portanto, adequados para o serviço de urgência. Diversos indivíduos relataram que procuraram assistência no serviço por considerarem que se tratava de uma situação de urgência e que se não fosse, não teriam ido ao serviço. Ainda, foi evidenciado que 63,5% dos usuários foram classificados como urgentes (classificação de risco de atendimento imediato, risco alto e intermediário), sendo que existe uma associação entre a frequência de reincidências do usuário no serviço com as categorias da classificação de risco. Como já foi comentado anteriormente, algumas pesquisas indicam que os usuários frequentes são mais classificados como urgentes do que os eventuais (PAUL et al, 2010; MOORE et al, 2009; SUN; BURSTIN; BRENNAN, 2003), o que está de acordo com os resultados deste estudo.

O tempo de permanência no serviço e as taxas de internação e de mortalidade podem ser indicadores da resolutividade e organização dos serviços de urgência, como também da complexidade dos casos atendidos (COELHO et al, 2010; MACHO et al, 2001). O tempo médio de permanência no serviço pelos usuários foi de 33 horas, valor muito superior ao encontrado em diferentes estudos sobre a utilização geral dos serviços de urgência (SOUZA et al, 2009; DOMICIANO; FONSECA, 2008; RATHLEV et al, 2007; JACOBS; MATOS, 2005). Foi evidenciado que os UPF estão associados à permanência de até uma hora, enquanto que os UMF, de uma a 12 horas. Os UAF não apresentaram nenhum resíduo ajustado significativo com relação ao tempo de permanência, mas tiveram uma tendência à associação com a permanência de 12 a 24 horas. Foi estatisticamente comprovado que quanto maior a frequência que o usuário busca atendimento, mais tempo ele permanece no serviço de urgência. Também, a taxa de internação hospitalar após o atendimento no serviço foi de 23% e a de mortalidade dos usuários frequentes da amostra foi de 10,4%, valores considerados altos quando comparados aos de artigos que analisaram a utilização geral dos serviços de urgência (CARRET et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2011; ALVO; AGUIRRE, 2010; JACOBS; MATOS, 2005). Esses dados indicam que os usuários frequentes têm problemas críticos de saúde que exigem maior tempo para estabilização e necessitam de cuidados de alta complexidade tecnológica, concordando com a afirmação de diversos autores de que esses indivíduos são mais doentes do que o restante da população (PINES et al, 2011; ACOSTA,

2010; LACALLE; RABIN, 2010; FUDA; IMMEKUS, 2006; SUN; BURSTIN; BRENNAN, 2003).

Assim como em vários outros estudos sobre a utilização geral dos serviços de urgência (CACCIA-BAVA et al, 2011; SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010; SANTOS, 2010; MARQUES, 2010; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; LIMA et al, 2007), a organização do sistema de saúde no país foi constatada como um dos principais fatores que influenciam a busca frequente por assistência nesses serviços. Aspectos relacionados à facilidade de acesso, à percepção de maior resolutividade, à formação de vínculo e aos retornos agendados são alguns dos motivos pelos quais usuários buscaram assistência no serviço de urgência. Esses resultados indicam fragilidades na articulação e integração dos serviços de urgência com os demais serviços da rede de atenção à saúde, que são fatores extrínsecos ao usuário para a utilização frequente das urgências.

Evidenciou-se que o serviço de urgência era visto pelos usuários frequentes como um local em que o acesso à assistência era mais rápido e fácil, onde não era necessário peregrinar em diversos pontos da atenção à saúde para realizar exames e obter medicações. No entanto, o acesso ao serviço de urgência não era considerado o ideal pelos indivíduos entrevistados, mas era melhor do que em outros serviços de saúde. Foram destacados pelos usuários que filas na madrugada, demora para o agendamento de consultas, falta de recursos humanos e materiais são desafios que devem ser enfrentados para se obter assistência na atenção primária, sendo que as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família são mais procuradas quando a situação pode ser manejada em um período maior de tempo.

Diferentemente do encontrado em outros estudos sobre a utilização geral de serviços de urgência (CARRET et al, 2011; CACCIA-BAVA et al, 2011; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; ROCHA, 2005), foi constatado que a restrição de horário de serviços ambulatoriais não é uma causa importante para a procura frequente pelos serviços de urgência. Os dias da semana e turnos que mais demandaram assistência pelos usuários frequentes foram os dias úteis (81,3%), o turno da manhã (59,1%) e o da tarde (23,1%), dias e horários em que outros serviços estão funcionando. Pesquisa realizada em Ribeirão Preto identificou que 24,3% dos usuários referiram ter procurado o serviço de urgência devido ao horário ininterrupto de atendimento, já que tinha uma restrição de horário de funcionamento nas unidades de referência da atenção primária (CACCIA-BAVA et al, 2011). Porém, neste estudo nenhum usuário relatou ter problemas de acesso a serviços de saúde devido ao horário de funcionamento.

Conforme resultados da etapa quantitativa deste estudo, a maioria da demanda frequente do serviço de urgência é procedente de Porto Alegre, contudo 33,8% dos usuários moram na região metropolitana ou outras cidades. Ainda, dos residentes da capital gaúcha, apenas 21,7% moravam na Gerência Distrital Centro, na qual o hospital está inserido. Já na etapa qualitativa, foi identificado que alguns usuários preferiam buscar assistência no serviço, mesmo sendo mais distante de suas residências, já que eram locais que ofereciam melhores condições de acesso funcional. Esses dados comprovam que nem sempre o acesso geográfico é relevante na escolha do usuário na procura por atendimento em serviços de saúde e de urgência.

Conforme Dall’Agnol, Lima e Ramos (2009), as pessoas buscam atendimento em serviços que melhor lhes convém, usando critérios de escolha envolvendo principalmente o acesso funcional, não se restringindo às facilidades de acesso geográfico. Pode-se afirmar que o indivíduo, no momento que verifica a necessidade de atendimento ágil, busca o serviço que oferecer melhores condições de acesso, mesmo que seja distante do local de residência. Isso indica que o usuário frequente percebe que necessita de atendimento diversas vezes e que, diante das variadas opções de serviços de saúde, prefere o serviço de urgência, mesmo que exija maior deslocamento.

Os usuários relataram preferir buscar assistência no Serviço de Emergência do HCPA devido a boas experiências prévias, em que ficaram satisfeitos com o atendimento, tiveram seus problemas de saúde resolvidos e criaram um vínculo com os profissionais e com a instituição. Alguns indivíduos referiram ter um sentimento de confiança no serviço, o que não apareceu para a atenção primária.

Quando questionados se tinham buscado assistência em outro local antes de se dirigirem ao serviço de urgência, os sujeitos entrevistados, com quase unanimidade, responderam negativamente. Um usuário relatou ter procurado a unidade de atenção primária de referência, mas como não tinha médico, teve que ir ao Serviço de Emergência do HCPA. Outro referiu ter utilizado uma unidade de pronto atendimento, que não foi resolutiva e o problema de saúde se agravou.

Isso está de acordo com o dado encontrado na etapa quantitativa, de que mais de 85% dos usuários procuraram espontaneamente o serviço e apenas 0,5% tinham sido encaminhados por UBS e ESF e 10,9% pelo ambulatório do hospital. Rocha (2005) identificou, ao estudar a demanda de uma UPA em Belo Horizonte, que a maioria dos indivíduos preferia ir diretamente à unidade do que consultar antes na atenção primária.

Dessa forma, é evidenciada a baixa participação de serviços de atendimento primário e secundário no encaminhamento de usuários para os serviços de urgência, o que faz com que o indivíduo procure espontaneamente diretamente esses últimos serviços e influencie a utilização frequente. Esse baixo número de encaminhamentos indica fragilidades na articulação da rede de atenção à saúde no país.

Conforme Rocha (2005), os serviços de urgência vêm apresentando grande capacidade de produção de consultas médicas, mas expressam cada vez mais a fragmentação da assistência e as deficiências de interligação entre os vários níveis de atenção. Na sua pesquisa, a autora observou que vários usuários que procuraram atendimento na UPA, eram encaminhados para outras unidades, sem a certeza de conseguirem assistência.

De acordo com enfermeiros de um serviço de urgência de Porto Alegre, a principal preocupação desse serviço recai sobre a entrada dos pacientes por meio do desenvolvimento e aplicação de protocolos de classificação de risco. Pouca atenção é dada à saída dos usuários, sendo que muitos acabam permanecendo em atendimento na emergência para avaliação e investigação clínica até a alta hospitalar ou liberação de leitos nas unidades de internação (SANTOS, 2010).

Assim como na pesquisa de Santos (2010), foi identificado que um ponto crítico do sistema de saúde que influencia diretamente na utilização repetida dos serviços de urgência é a transição do cuidado após o atendimento de urgência. Como exemplo da falta de comunicação entre os serviços de urgência com os demais serviços da rede de atenção à saúde são os retornos acertados pelos profissionais para a unidade de urgência. Na etapa quantitativa foi evidenciado que 27% da demanda frequente era relacionada a um algum retorno. Na etapa qualitativa, constatou-se que algumas vezes os usuários são orientados a retornar ao serviço para serem reavaliados ou realizarem exames, mesmo que seus problemas de saúde estejam estabilizados e não sejam mais considerados como urgentes. Segundo os usuários, eles acabam retornando ao serviço diversas vezes para garantir o acompanhamento do tratamento. Concordando com Gomide et al (2012), a marcação de retornos para os usuários nos serviços de urgência aponta uma distorção do propósito do próprio serviço.

Também, na etapa quantitativa deste estudo foi constatado que mais de 70% dos usuários que tiveram alta do serviço de urgência foram orientados a continuar o tratamento no ambulatório do hospital ou nas unidades da atenção primária. Porém, como esse dado foi extraído dos registros eletrônicos, não é possível saber como foi dada essa orientação ao usuário ou se foi feita a contra-referência oficialmente, com a articulação dos serviços que

compõem a rede assistencial. Na etapa qualitativa, apenas um entrevistado relatou ter sido encaminhado para a unidade de referência da atenção primária para continuar o atendimento.

A transição e continuidade do cuidado têm mostrado ser importantes estratégias para reduzir a utilização dos serviços de urgência (SHUMWAY et al, 2008; HEGNEY et al, 2006; GUTTMAN et al, 2004; MURTAUGH; LITKE, 2002). Em estudo realizado no Canadá, foi identificado que ter cuidados contínuos com médicos na atenção primária era um fator associado à diminuição da utilização de serviços de urgência (IONESCU-ITTU et al, 2007). Em revisão sistemática, Althaus et al (2011) identificou que a intervenção mais utilizada em pesquisas para reduzir a busca frequente pelos serviços de urgência é a articulação da rede de atenção à saúde, em que equipes multidisciplinares guiavam os usuários no processo de cuidado e também providenciavam suporte social. Segundo os autores, essa intervenção além de ser efetiva na diminuição da utilização frequente dos serviços de urgência, reduziu os custos desses serviços, melhorou as condições clínicas e sociais dos indivíduos envolvidos.

Apesar de fatores intrínsecos aos indivíduos serem relevantes para predispor os usuários a necessitar de assistência de urgências mais vezes, os fatores extrínsecos podem aumentar ou diminuir a busca por esses serviços. Considerando-se que os usuários frequentes constituem um grupo de indivíduos vulneráveis, como os idosos, e mais doentes, como as pessoas com condições crônicas, a contrarreferência e o acompanhamento em unidades de referência de atenção primária e, também, secundária são fatores indispensáveis para a prevenção de agravos e, conseqüentemente, redução da busca frequente pelos serviços de urgência.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a utilização frequente de um serviço de urgência foi uma experiência prazerosa e, ao mesmo tempo, desafiadora. Trata-se de uma temática bastante polêmica e presente no sistema de saúde, mas pouco abordada na literatura científica nacional. Com este estudo, foi possível identificar o perfil dos usuários frequentes e o padrão de utilização do serviço de urgência por esses indivíduos, como também conhecer os motivos da busca por atendimento repetidamente.

O percurso metodológico utilizado com o delineamento de estudo misto explanatório sequencial permitiu obter uma visão múltipla e compreender a magnitude do fenômeno pesquisado, a partir da integração da abordagem quantitativa com a qualitativa. Na primeira etapa quantitativa foi realizada uma investigação mais geral sobre os usuários frequentes, que foi essencial para o desenvolvimento da segunda etapa, a qualitativa, que complementou e explorou detalhadamente os achados do estudo. Assim, foi possível obter informações que não seriam alcançadas somente com os números ou com as falas.

Considerou-se elencar os usuários frequentes como únicos sujeitos da pesquisa em função do propósito de aprofundar a análise e compreensão dos motivos da utilização frequente dos serviços de urgência. Algumas limitações decorrentes dessa decisão podem ser apontadas ao se considerar que a maioria dos estudos sobre a utilização frequente dos serviços de urgência realizou uma comparação das características demográficas, clínicas e de utilização do serviço de usuários frequentes com os eventuais. A não comparação com as características dos usuários eventuais impossibilitou a identificação de fatores estatisticamente associados à utilização frequente do serviço de urgência.

Outra limitação está relacionada ao campo do estudo. Foram analisados usuários de um serviço de urgência hospitalar, não incluindo setores de urgência de outros hospitais. Assim, os achados da pesquisa podem ser específicos dos usuários do campo de estudo.

Neste estudo foram utilizados registros no prontuário eletrônico do paciente. O uso de dados secundários para o desenvolvimento de pesquisas deve ser cauteloso e controlado. O sistema informatizado do hospital possibilitou encontrar facilmente informações referentes a sexo, data de nascimento, estado civil, número de reincidências, classificação de risco obtida, dia e turno de atendimento, tempo de permanência no serviço e destino dos usuários. Contudo, os dados relacionados às queixas principais, morbidades e procedência nem sempre eram claros e fáceis de serem achados, já que são informações clínicas alimentadas pelos

profissionais durante o atendimento. Algumas vezes, não foi possível saber se os registros estavam completos ou se informações que não tinham sido escritas nos prontuários poderiam ser relevantes para o estudo.

Apesar dessas limitações, os principais resultados e contribuições desta investigação permitiram o alcance de importantes considerações, que são essenciais para a qualificação da assistência nos serviços de urgência e organização do sistema de saúde.

Foi identificado que, em um local onde não se esperava o retorno dos indivíduos, observou-se que quase um quarto da demanda era recorrente em, no mínimo, quatro vezes. Esses fatos demonstram o grande impacto que a utilização frequente gera nas portas de entrada da atenção às urgências e aponta a relevância que essa temática tem para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde.

Foi evidenciado que os usuários frequentes do serviço de urgência do HCPA apresentavam características diferentes entre si, constituindo um grupo heterogêneo, já que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis independentes e os grupos de usuários (UPF, UMF e UAF). Porém, foram identificados fatores intrínsecos e extrínsecos que podem influenciar e até predispor os indivíduos em utilizar repetidamente o serviço, tais como: sexo, idade, grau de instrução, problemas de saúde, acesso aos serviços de saúde, entre outros.

A grande parte dos usuários frequentes era idosa, tinha baixa escolaridade e apresentava pelo menos uma condição crônica. Tais características podem indicar a vulnerabilidade desses indivíduos a necessitar de assistência de saúde e de urgência, seja pela evolução natural do ciclo de vida, seja por condições socioeconômicas que dificultem na prevenção, controle e tratamento dos problemas de saúde.

Apesar de existir um grupo de pessoas que têm queixas de caráter não urgente e que ficam menos de uma hora no serviço, de forma geral os usuários frequentes são classificados com níveis de risco mais elevados e permanecem mais tempo no serviço. O tempo médio de permanência foi bem elevado (33 horas) e a maioria dos indivíduos foi classificada como urgente. Também foi identificado que, embora a grande parte dos usuários tenha recebido alta para o domicílio após o atendimento no setor, muitos indivíduos foram encaminhados para unidades de internação hospitalar e de terapia intensiva e a taxa de mortalidade foi elevada. Tais dados indicam que os usuários frequentes são geralmente mais doentes e, por isso, exigem atendimento mais vezes nos serviços de urgência.



A busca pela unidade de urgência pelos usuários frequentes foi decorrente principalmente de exacerbação ou complicação progressiva de condições crônicas. Em menor escala foram citados agravos agudos recorrentes ou de tratamento prolongado.

Os usuários entrevistados relataram que buscaram atendimento no serviço por entenderem que a situação era urgente e, caso não precisasse de assistência rapidamente, não teriam ido neste local. Cabe ressaltar que os usuários frequentes buscam nos serviços de urgência a resolução de seus problemas e utilizam critérios de prioridade que se diferenciam daqueles adotadas pelos profissionais.

Portanto, contrariando a percepção usual dos profissionais de saúde, os principais achados deste estudo indicam que os usuários frequentes utilizam os serviços de urgência por precisarem mesmo de atendimento repetidamente, seja por terem agravos de saúde mais severos e urgentes, seja por não ter apoio do sistema de saúde, representando uma das consequências da organização da atenção à saúde no país.

Pode-se entender que a equipe que presta a assistência muitas vezes generaliza e estigmatiza erroneamente esses indivíduos. O fato de usuários frequentes terem múltiplos problemas geralmente associados às condições crônicas, pode torná-los de difícil aceitação pelos profissionais dos serviços de urgência, que não conseguem atender a todas essas as necessidades de saúde nesse único ponto de atenção.

A análise da utilização dos serviços de saúde por usuários frequentes aponta algumas fragilidades no sistema de saúde, sendo que essas representam para os indivíduos desafios na busca por assistência. Dessa forma, a soma de diversos aspectos relacionados à organização da atenção à saúde influencia, e muito, na procura frequente por atendimento nos serviços de urgência. A facilidade de acesso, a percepção de maior resolutividade, a formação de vínculo e o agendamento de retornos para o próprio serviço são alguns desses aspectos que motivaram os indivíduos a buscar assistência na urgência hospitalar.

Foi identificado que as vantagens de se procurar assistência no serviço de urgência se sobressaem às desvantagens que a superlotação gera ao serviço, como a demora para receber atendimento e a acomodação incômoda e inadequada. Assim, os pontos negativos do setor de urgência têm menor peso do que os positivos na escolha do indivíduo por qual serviço de saúde buscar atendimento.

Foi constatado que o acesso aos serviços de urgência não é considerado o ideal pelos usuários, mas é melhor do que em outros serviços de saúde. Filas na madrugada, demora para o agendamento de consultas, falta de recursos humanos e materiais são os desafios que devem ser enfrentados para se obter assistência na atenção primária. Os usuários relataram preferir

buscar atendimento nos serviços de urgência, que têm maiores facilidades de acesso funcional, do que nas unidades de referência da atenção primária mais próximas de suas residências. Dessa forma, os usuários utilizam os serviços de urgência quando entendem que precisam de acesso rápido à assistência, mesmo que envolva um maior deslocamento, sendo que as Unidades Básicas de Saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família são mais procuradas quando a situação pode ser manejada em um período maior de tempo.

Destaca-se que a maioria dos usuários frequentes utilizava bastante, também, outros serviços de saúde além dos de urgência. A atenção primária e/ou o ambulatório do HCPA eram utilizados pelos indivíduos para o acompanhamento dos problemas de saúde, principalmente das condições crônicas, a partir das ações programadas oferecidas pelos serviços. Isso significa que esses indivíduos têm uma fonte regular de assistência, mas não indica a existência de um cuidado contínuo e integral, já que a transição do cuidado entre os diferentes níveis da atenção à saúde não apareceu nos resultados deste estudo.

Quase 30% dos usuários que procuraram atendimento no serviço por demanda espontânea já estavam estabilizados e retornaram ao setor para o acompanhamento do tratamento por orientação dos próprios profissionais do serviço. Essa prática gera mais demanda para o serviço e contraria o propósito do mesmo.

Foram identificadas fragilidades no fluxo de usuários da atenção primária para serviço de urgência, sendo deficiente o fluxo inverso também. Apenas 0,5% dos registros apontaram indivíduos que tinham sido referenciados das UBS e ESF para o serviço de urgência. Ainda, os registros mostraram que, quando orientados para realizar o atendimento ou seguir o tratamento após a alta no setor de urgência, a maioria dos indivíduos foi encaminhada para o ambulatório especializado do hospital e não, para a unidade de referência.

Embora grande parte dos registros tenha apontado que os usuários frequentes foram orientados a continuar o tratamento na atenção primária ou secundária, não foi possível avaliar se houve uma comunicação e articulação entre os profissionais desses serviços ou se foram utilizados documentos oficiais de contrarreferência. Isso indica uma grande lacuna no sistema de saúde, em que a transição do cuidado de um ponto de atenção à saúde para outro se torna uma responsabilidade do usuário e não do profissional e do serviço.

Este estudo proporcionou novos saberes para a área da Enfermagem, de forma a oferecer subsídios para a modificação de práticas nos serviços de urgência. É importante que os resultados deste estudo sejam divulgados aos profissionais que atuam nos serviços de urgência para qualificar a assistência de Enfermagem e a organização do sistema de saúde nos aspectos macro e micro.

Sabe-se que profissionais podem estigmatizar os usuários frequentes dos serviços de urgência, por acharem que são pessoas com demandas consideradas não urgentes e com múltiplos problemas de saúde que deveriam ser resolvidos em outro nível de atenção. No entanto, as evidências apontam que esses usuários necessitam de atendimento no serviço de urgência e que constituem um grupo heterogêneo com características diferentes que não devem ser generalizadas. Propõe-se que seja analisada, através de reuniões de equipe e programas de educação permanente, a percepção dos profissionais sobre os usuários frequentes de seus locais de trabalho, a fim de melhorar a compreensão das características dos usuários que buscam atendimento repetidamente nesses serviços.

Os resultados permitiram observar as fragilidades da articulação entre os serviços de saúde. Os serviços de urgência devem atender toda a população que busca atendimento, mesmo que não seja da área pactuada de atenção. Porém, usuários devem ser orientados a procurarem, após a alta, os serviços mais próximos a sua residência ou os que tenham acordos formais no processo de regionalização. A efetivação da referência e contrarreferência como prática nos serviços de urgência com o fortalecimento da rede de atenção à saúde poderia diminuir a busca repetida pelas urgências hospitalares. Contudo, apenas a orientação aos indivíduos não é o suficiente. É necessário que sejam elaborados planos de cuidado para os diferentes níveis de complexidade e que sejam oferecidos serviços de qualidade, estruturados de forma a facilitar a entrada do usuário no sistema de saúde e não, dificultar. Nesse aspecto, a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transição de cuidado se torna essencial para organizar os fluxos de utilização de serviços de saúde e melhorar o estado de saúde dos usuários, reduzindo a busca frequente pelos serviços de urgência.

A partir dos achados deste estudo, surgiram novas inquietações acerca da utilização frequente dos serviços de urgência e que podem fundamentar futuras pesquisas. São essas: qual é o conceito de urgência para os usuários frequentes de serviços de urgência? Por que alguns usuários não lembram que foram diversas vezes no serviço de urgência? Por que os usuários frequentes apresentam tantas vezes agudização de condições crônicas, se eles utilizam serviços de saúde de diferentes complexidades? Qual é o caminho percorrido pelo usuário frequente na busca por cuidado depois do atendimento no serviço de urgência? Existe diferença no perfil, padrão de utilização e motivos de busca por atendimento entre usuários frequentes de serviços de urgência públicos e privados?

Recomenda-se para pesquisas futuras que seja revisada e analisada a definição de usuário frequente. Neste estudo constatou-se que esses indivíduos são diferenciados entre si e constituem um número muito grande de pessoas, o que dificulta na elaboração de estratégias

para reduzir a busca repetida pelos serviços de urgência e melhorar a qualidade de vida desses usuários. Assim, sugere-se que sejam definidos critérios de inclusão além do número de reincidências, mas também de grupos específicos dentre esses indivíduos que merecem ser mais estudados, como idosos e pessoas com condições crônicas específicas e/ou múltiplas. Dentre as condições crônicas que devem ser destacadas estão hipertensão arterial, câncer e diabetes, as mais prevalentes entre os usuários frequentes.

Entende-se que os serviços de urgência são importantes portas de entrada para o sistema de saúde e que têm potencial para oferecer à população um cuidado integral e contínuo. Aponta-se a necessidade de investigar mais profundamente o processo de transição do cuidado entre as urgências hospitalares com os demais serviços da rede atenção à saúde. Dessa forma, podem-se pensar estratégias para melhorar a articulação entre os serviços, garantindo a continuidade da assistência e diminuindo a utilização frequente dos serviços de urgência.

Este estudo oferece subsídios para a formulação de programas e políticas de saúde, não só para os serviços de urgência, mas também para toda a rede assistencial. Pode-se entender que os usuários frequentes necessitam de cuidado em variados níveis da rede de atenção à saúde e, para isso, precisam que os diferentes profissionais e serviços os acolham, se articulem e trabalhem juntos para a superação das necessidades e dos problemas de saúde desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. **Situações de Urgência: Visão dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
- ABREU, K.P. et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 146-52, 2012.
- ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa**. 2010. 60 p. Apresentada como trabalho de conclusão de curso, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- AGS, American Geriatrics Society. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, 2007.
- AISIKU, I. P. et al. Comparisons of high versus low Emergency Department utilizers in sickle cell disease. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 53, n. 5, 2009.
- ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas autoreferidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 743-56, 2002.
- ALTHAUS, F. et al. Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Department: a systematic review. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 58, n. 1, 2011.
- ALVO, A; AGUIRRE, S. Perfil Epidemiológico de la Atención de Urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana, Chile. **Revista ANACEM**, v. 4, n. 1, 2010.
- AMINZADEH, F; DALZIEL, W.B. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. **Annals of Emergency Medicine**, p. 238-47, 2002.
- ANDRADE, L. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, 2009.
- ARAÚJO, G. B. S; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-72, 2006.
- ASPLIN, B. R; et al. A conceptual model of Emergency Department crowding. **Annals of Emergency Medicine**, v.42, n. 2, p. 173-80, 2003.
- AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010.

AZEVEDO, A. L. M; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 35, 2010.

BAQUEDANO, I. R. **Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida, Yucatán, México**. 2008. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

BARAKAT, S. F. C. **Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo**. 2004. 130 p. Apresentada como tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BARRETO, S. M; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, 2009.

BARRIER, G. Les appels d'urgence au SAMU. Comptes rendus de l'Académie des sciences. Série III, **Sciences de la vie**, v. 324, n.7, 2001.

BARROS, D. M; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, 2006.

BATISTELA, S; GUERREIRO, N. P; ROSSETTO, E. G. Os motivos de procura do Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referido pelos pais ou responsáveis. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, 2008.

BEGLEY, C. M. Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p. 688-93, 1996.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. ed. 1. Rio de Janeiro: UFPE; CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, p. 203-214, 2009.

BETANCUR, M. A. L. et al. Dificuldades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 28, n. 1, 2010.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-54, 2009.

BLANK, F. S. J. et al. A Descriptive Study of Heavy Emergency Department Users at an Academic Emergency Department Reveals Heavy ED Users Have Better Access to Care Than Average Users. **Journal of Emergency Nursing**, Estados Unidos, v. 31, n. 2, 2005.

BOTTEGA, F. H; FONTANA, R. T. A Dor como Quinto Sinal Vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2010.

BOUSHY, D; DUBINSKI, I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in hospital setting: the patient's perspective. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 17, n. 3, p. 405-12, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080. Brasília: 2011a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 3. ed. ampl. 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BUCKLEY, C.A. **Consumer satisfaction with Emergency Department Nursing: a descriptive correlational study**. 2009. 136p. Dissertação de Mestrado, Victoria University of Wellington, 2009.

BYRNE, M. et al. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 41, n. 3, 2003.

CACCIA-BAVA, M. C. et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 44, n. 4, 2011.

CARNEIRO, S.M.B.M. **Atendimento de urgência e emergência na atenção básica: desafio para a estratégia saúde da família**. 2009. 71 p. Monografia de especialização. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2009.

CARR, E. C. J ; WORTH, A. The use of the telephone interview for research. **Journal of Research in nursing**, v. 6, n. 1, 2001.

CARRET, M. L. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl 1, p. 1069-79, 2011.

CARRET, M. L. V; FASSA, A. G; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of Emergency Services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A.: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-78, 1997.

CENDÓN, C.N; IGLESIA, M.A.R; RODRÍGUEZ, E.B. Estudio de la frecuentación a un servicio de urgências extrahospitalario. Motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. **Cadernos de Atención Primaria**, v. 17, p. 15-8, 2010.

CHAN, B. T; OVENS, H. J. Chronic Migraineurs : an important subgroup of patients who visit emergency departments frequently. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 43, n. 2, 2004.

CHAN, B. T; OVENS, H. J. Frequent Users of Emergency Departments: Do they also use family physicians' services? **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 48, 2002.

CHIRO, A; SCAFF, A. **Saúde e Cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <[HTTP://www.consaude.com.br/sus.html](http://www.consaude.com.br/sus.html)> Acessado em: 23 Set 2012.

CICONET, R. M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um Serviço de atendimento Móvel de Urgência com a Central de Regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009. 145 p. Dissertação de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2010.

COLEMAN, E. A; FOX, P. D. One Patient, Many Places: Managing Health Care Transitions, Part 1: Introduction, Accountability, Information for Patients in Transition. **Annals of Long-Term Care**, v. 12, n. 9, 2004.

CORTEZ, A. C. R. **Utilização das Urgências Hospitalares e Acesso aos Cuidados de Saúde Primários**. Dissertação de Mestrado. 2009. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2009.

COUGHLAN, M; CORRY, M. The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: a qualitative descriptive study. **Accident and emergency nursing**, v. 15, n. 4, p. 201-9, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.



CRUZ, W.B.S; MELLEIRO, M.M. Assessment levels of the user's satisfaction in a private hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 145-51, 2010.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, 2002.

DALL'AGNOL, C. M; LIMA, M. A. D. S; RAMOS, D. D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, 2009.

DEGANI, V. C. **A Resolutividade dos Problemas de Saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. Dissertação de Mestrado. 2002. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DENT, A.W. et al. The heaviest repeat users of an inner city emergency department are not general practice patients. **Emergency Medicine (Fremantle)**, v. 15, n. 4, 2003.

DERLET, R. W; RICHARDS, J. R. Overcrowding in the nation's emergency departments: Complex causes and disturbing effects. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 35, n. 1, 2000.

DESLANDES, S. F. et al. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão-sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. 2007. 214 p. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007.

DOMICIANO, V; FONSECA, A. S. Tempo médio para o atendimento do cliente em um Departamento de Emergência de um Hospital Privado. **Nursing (São Paulo)**, v. 19, n. 119, 2008.

DOUPE, M. B. et al. Frequent Users of Emergency Departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 60, n. 1, p. 24-32, 2012.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola**. Dissertação de Mestrado. 2010. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

FERNANDES, M. S. et al. Aspectos éticos, jurídicos e metodológicos na pesquisa envolvendo o uso de álcool e outras drogas. In: PECHANESKY, F; DUARTE, P. C. A. V; BONI, R. B. (Org.). **Uso de bebidas alcólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

- FUDA, K. K; IMMEKUS, R. Frequent users of Massachusetts Emergency Departments: a statewide analysis. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 48, n. 1, 2006.
- FURTADO, B. M. A. S. M; ARAÚJO JR, J. L. C; CAVALVANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 270-289, 2004.
- GARLET, E.R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência, **Texto & contexto enfermagem**, v. 18, n.2, p. 266-272, 2009.
- GARLET, E.R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências**. 2008. 96 p. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.
- GEORGE, G; JELL, C; TODD, B. S. Effect of population ageing on emergency department speed and efficiency: a historical perspective from a district general hospital in the UK. **Emergency Medical Journal**, v. 23, 2006.
- GHIGLIONE, R; MATALON, B. **O Inquérito: Teoria e prática**. 4 ed. Paris: Celta, 2001.
- GIBSON, N. P. et al. Paediatric frequent attenders at emergency departments: a linked-data population study. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 46, 2010.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- GIUSEPPE, G. D. et al. Characteristics of patients returning to emergency department in Naples, Italy. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 97, 2008.
- GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, 2007.
- GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 1, 2012.
- GONÇALVES, A. V. F. **Avaliação do Acolhimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na Perspectiva da Pessoa Idosa**. Dissertação de Mestrado. 2011. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- GUTTMAN, A; et al. An emergency department–based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? **Academy of Emergency Medicine**, v. 11, n. 12, 2004.
- HANSAGI, H. et al. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 37, n. 6, 2001.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Serviço de Enfermagem em Emergência**. Porto Alegre, 2011a. Disponível em: < <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/464/705/>> Acessado em: 17 Out 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Serviço de Emergência**. Porto Alegre, 2011c. Disponível em: < <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/453/684/>> Acessado em: 7 Nov 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão do Exercício de 2010 do HCPA**. Porto Alegre, 2011b. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/263/377/>> Acessado em: 17 Out 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Informações Gerenciais do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2011d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução Normativa nº 01**, de 09 de Janeiro de 1997. Dispõe de normas de utilização de dados de prontuários de pacientes e de bases de dados em projetos de pesquisa. Porto Alegre: 1997.

HEGNEY, D. et al. Nurse Discharge Planning in the Emergency Department: a TooWoomba, Australia, study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, 2006.

HENNEMAN, P. L. et al. Emergency Department Patients Who Stay More Than 6 Hours Contribute to Crowding. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 39, n. 1, 2010.

HIDALGO, P. P. et al. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 26, n. 2, p. 159–165, 2012.

HOOT, N. R; ARONSKY, D. Systematic Review of Emergency Department Crowding. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 52, n. 2, 2008.

HUANG, J. A. et al. Exploring medical utilization patterns of Emergency Department users. **Journal of the Formosan Medical Association**, Taiwan, v. 107, n. 2, 2008.

HUANG, J. N. et al. Determining Factors of Patient Satisfaction for Frequent Users of Emergency Services in a Medical Center. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 67, n. 8, 2004.

HUBER, L. R. **Fatores determinante da superlotação do serviço de emergência do hospital Nossa Senhora da Conceição**. 2005. Monografia de Especialização. Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

HUNT, K. A. et al. Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 48, n. 1, 2006.

IONESCU-ITTU, R. et al. Continuity of Primary Care and Emergency Department Utilization Among Elderly People. **Canadian Medical Association Journal**, v. 17, n. 11, 2007.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F; VIANA, S. M. **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

- JACOBS, P. C; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimento em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 6, p. 348-53, 2005.
- JELINEK, G. A. et al. Frequent attenders at ED: a linked-data population study of adult patients. **The Medical Journal of Australia**, Strawberry Hills, v. 189, n. 10, 2008.
- JIMÉNEZ, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Revista Emergencias**, v. 15, 2003.
- KASSOUF, A. L. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, 2005.
- KIRBY, S. E. et al. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. **BioMed Health Services Research**, v. 10, 2010.
- KOZIOL-MCLAIN, J. et al. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. **Journal of Emergency Nursing**, v. 26, n. 6, 2000.
- LACALLE, E; RABIN, E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, 2010.
- LAGO, L. M. et al. Itinerario terapêutico de los usuarios de uma urgencia hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1283-1291, 2010.
- LAURENTI, R; JORGE, M. H. P. M; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2006.
- LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2007.
- LIMA, M. A. D. S. **Relatório técnico do projeto “Estruturação da Rede de Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre para o Atendimento às Urgências”**. Porto Alegre: 2011.
- LIMA, W. C. M. B; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2010.
- LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003.
- LIU, S. W. et al. A Mixed- Methods Study of the Quality of Care Provided to Patients Boarding in the Emergency Department: comparing Emergency Department and Inpatient Responsibility Models. **Medical Care Research and Review**, 2012.

LOCKER, T. E. et al. Defining frequent use of an urban emergency department. **Emergency Medical Journal**, London, v. 24, 2007.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras**. Tese de Doutorado. 2011. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 2008.

LUCAS, R. H; SANFORD, S. M. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 32, n. 5, 1998.

LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um Serviço de Emergência: com a palavra, o usuário**. 2000. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

LUDWIG, M. L. M; BONILHA, A. L. L. O Contexto de um Serviço de Emergência: com a palavra, o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, 2003.

MACHO, J.L.A. et al. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de qualidade. **Emergencias**, v.13, p.60-65, 2001.

MACIAK, I; SANDRI, J.V.A; SPIER, F.D. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 127-135, 2009.

MALONE, R. E. Almost "Like Family": Emergency nurses and frequent flyers. **Journal of Emergency Nursing**, Estados Unidos, v. 22, n. 3, 1996.

MANDELBERG, J. H; KUHN, R. E; KOHN, M. A. Epidemiologic Analysis of an Urban, Public Emergency Department's Frequent Users. **Academic Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 7, n. 6, 2000.

MARKHAM, D; GRAUDINS, A. Characteristics of frequent emergency department presenters to an Australian emergency medicine network. **BMC Emergency Medicine**, v. 11, n. 21, 2011.

MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. 193 p. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

MARQUES, G. Q. **Demandas do Pronto Atendimento e os Processo de Trabalho em Serviços de Porta Aberta**. 2004. 132 p. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

MARQUES, G. Q; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, 2007.

MATTOS, M. **A experiência em família pelo adoecimento por diabete mellitus e doença renal crônica em tratamento por hemodiálise.** 2008. 170p. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Mato Grosso, 2008.

MAUGEIN, L. et al. Consultations itératives aux urgences pédiatrique. **Archives de Pédiatre**, v. 18, 2011.

MEHL-MADRONA, L. E. Prevalence of psychiatric diagnoses among frequent users of rural emergency medical services. **Canadian Journal of Rural Medicine**, Ottawa, v. 13, n. 1, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família.** Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2012.

MENDOZA-SASSI, R; BERIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2001.

MENDOZA-SASSI, R; BÉRIA, J. U; BARROS, A. J. D. Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 372-8, 2003.

MILBRETT, P; HALM, M. Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. **Journal of Emergency Nursing**, Estados Unidos, v. 35, n. 3, 2009.

MILLARD, W. B. Grounding frequent flyers, not abandoning them: drug seekers in the ED. **Annals of Emergency Medicine**, v. 49, n. 4, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, 1993.

MOORE, L. et al. Characteristics of frequent attenders in an Emergency Department: analysis of 1-year attendance data. **Emergency Medical Journal**, v. 26, p. 263–267, 2009.

MURTAUGH, C. M; LITKE, A. Transitions Through Postacute and Long-Term Care Settings: Patterns of Use and Outcomes for a National Cohort of Elders. **Medical Care**, v. 40, n. 3, 2002.

MUSSELWHITE, K; et al. The telephone interview is an effective method of data collection in clinical nursing research. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, p. 1064-70, 2007.

- NAWAR, E. W; NISKA, R. W; XU, J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 emergency department summary. **Advance Data from Vital and Health Statistics**, n. 386, 2007.
- NERI, M; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, sup; 2002.
- NORONHA, K. V. M. C; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, 2005.
- O'DWYER, G. A gestão de atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2395-04, 2010.
- O'DWYER, G; MATTA, I. E. A; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, 2008.
- OBSERVAPOA, Observatório da Cidade de Porto Alegre. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[http://www.observapoa.palegre.com.br/default.php?p\\_secao=43](http://www.observapoa.palegre.com.br/default.php?p_secao=43)> Acessado em: 20 Set 2012.
- OLIVATI, F. N. et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **RFO**, v. 15, n. 3, p. 247-52, 2010.
- OLIVEIRA, A. Hiper utilizadores e urgência. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 21, n. 6, 2008.
- OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.
- OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R. A; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.
- OLIVEIRA, M. L. F; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 123-8, 2002.
- OLSSON, M; HANSAGI, H. Repeated use of emergency department: qualitative study of the patient's perspective. **Emergency Medicine Journal**, v. 18, n. 6, p. 430-4, 2001.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**. Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- ORTEGA, R. R; HAMALAINEN, M; ESPINOSA, J. S. Frecuentadores Del Servicio de Urgências de um Hospital Del Grupo I. **Emergencias**, v. 11, 1999.

OVENS, H. J; CHAN, T. B. Heavy Users of Emergency Department: a population-based review. **Canadian Medical Association Journal**, v. 165, n. 8, p. 1049-50, 2001.

PASARÍN, M. I. et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 2, 2006.

PAUL, P. et al. Predictors of frequent attenders of emergency department Singapore. **Emergency Medical Journal**, v. 27, n. 11, p. 843-8, 2010.

PEIXOTO, M. R. G; et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.6, 2008.

PEPPE, E. M. et al. **Characteristics of Frequent Emergency Department Users**. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2007. Disponível em:  
<<http://www.kff.org/insurance/upload/7696.pdf>> Acessado em: 12 Fev 2011.

PINES, J. M. et al. Frequent user of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. **Academic Emergency Medicine**, v. 18, n. 6, 2011.

PINES, J. M. et al. Frequent user of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. **Academic Emergency Medicine**, v. 18, n. 6, 2011.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A.G; MATTOS, R.A. (org.). **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

PINTO JR, D. **Valor preditivo do protocolo de classificação de risco em unidade de urgência de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 2011. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

PORTO ALEGRE. **Observatório da cidade de Porto Alegre**. Porto Alegre. PROCEMPA. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br>> Acessado em: 17 Out 2011.

RAMOS, D. D. **Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre no Contexto da Municipalização da Saúde**. Dissertação de Mestrado. 2001, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, 2003.

RATHLEV, N. K. et al. Time Series Analysis of Variables Assiated with Daily Mean Emergency Department Length of Stay. **Annals of Emergency Medicine**, v. 49, n. 3, 2007.



RBCE, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. **Defender a política de urgências é defender a vida e defender o sistema único de saúde**, 2005. Disponível em: [HTTP://www.rbce.org.br](http://www.rbce.org.br). Acessado em: 2 maio, 2011.

ROBERTS, D.C; MCKAY, M.P; SHAFFER, A. increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the united states, 1993 to 2003. **Annals of Emergency Medicine**, v. 51, n. 6, 2008.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005. Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

RODRIGUES, R. C. R. P. **Satisfação Global Aferida pelos Pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português**. Dissertação de Mestrado. 2009. Universidade de Coimbra, 2009.

ROESE, A. **Fluxos e Acesso dos Usuários a Serviços de Saúde de Média Complexidade no Município de Camaquã, RS**. Dissertação de Mestrado. 2005. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUGER, J. P. et al. Analysis of costs, length of stay, and utilization of Emergency Department Services by frequent users: implications for health policy. **Academic Emergency Medicine**, v. 11, n. 12, 2004.

SALVI, F; et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. **International Emergency Medicine**, v. 2, n. 4, p. 292-301, 2007.

SANCHEZ, C. G; PIERIN, A. M. G; MION JR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, 2004.

SANDOVAL, E. et al. A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 38, n. 2, 2010.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. 136 p. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

SANTOS, J.L.G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

SCHAULIS, M. D; SNOEY, E. R. Three Years, a thousand visits: a case study of the ultimate frequent flyer. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 38, n. 1, 2001.

SHIBER, J. R; LONGLEY, M. B; BREWER, K. L. Hyper-use of the ED. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 27, 2009.

SHUMWAY, M. et al. Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial. **American Journal of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 26, 2008.

SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família**. 2008. 161 p. Tese de Doutorado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2008.

SOUFI, G; BELAYACHI, J; HIMMICH, S. et al. Patient satisfaction in an acute medicine department in Morocco **BioMed Health Services Research**, v. 10, p. 149, 2010.

SOUZA, A. C. C. et al. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 4, 2009.

SOUZA, A. C; BONILHA, A. L. L; VERONESE, A. M. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à Atenção Primária à Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n.1, 2008.

SOUZA, B. C; FELIPPE, E. B. A; SILVA, R. M. Perfil da demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 2, p. 73-9, 2009.

SOUZA, C. C; et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2011.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, 2008.

SOUZA, M. F. **A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários**. Dissertação de Mestrado. 2010. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SOUZA, M. F; FIGUEIREDO, L. A; PINTO, I. C. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 13-20, 2010.

SOUZA, S. P. S; LIMA, R. A. G. Condição Crônica e Normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007.

STEIN, A. T. **Acesso a Atendimento Médico Continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. Tese de Doutorado. 1998. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

STEIN, A. T. et al. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. **Family Practice**, v. 19, n. 2, 2002.

SUN, B. C; BURSTIN, H. R; BRENNAN, T. A. Predictors and Outcomes of Frequent Emergency Department Users. **Academy of Emergency Medicine**, v. 10, n. 4, 2003.

TEDDLIE, C; YU, F. Mixed Methods Sample: A Typology with Examples. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 1, p. 77-100, 2007.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 133-49, 2000.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. 1º ed. São Paulo: Atlas; 1987.

TURRINI, R. N. T; LEBRÃO, M. L; CESAR, c. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, 2008.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003.

VERONESE, A. M. **Análise da demanda não pertinente ao SAMU do Município de Porto Alegre**. Dissertação de Mestrado. 2011. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

WAINBERG, A. et al. Characteristics of frequent geriatric users of an urban emergency department. **Jornal of Emergency Medicine**, v. 43, n. 2, p. 376-81, 2012.

WALTZ, C. F; STRICKLAND, O. L; LENZ, E. R. **Measurement in Nursing and Health Research**. 4 ed. Nova York: Springer Publishing Company, 2010.

WEISS, A. H. et al. Organization of health services attention to emergencies: narrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.

WILLIAMS E. R. L. et al. Psychiatric status, somatisation, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department. A comparison with routine attenders. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 50, 2001.

XU, K. T; NELSON, B, K; BERK, S. The changing profile of patients who used Emergency Department Services in United States: 1996 to 2005. **Annals of Emergency Medicine**, Estados Unidos, v. 54, n. 6, 2009.

ZANBON, M. P. et al. Observação pediátrica em unidade de emergência em hospital universitário. **Revista Ciência Médica**, v. 16, n. 2, p. 79-85, 2007.

## APÊNDICE A

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS EM  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE**

Sujeito número: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**1. Dados de identificação:**

a) Número do prontuário: \_\_\_\_\_

b) Data de nascimento: \_\_\_\_\_

c) Sexo:

 Feminino  Masculino

d) Estado conjugal:

 Casado ou união estável  Separado  Solteiro  Viúvo

e) Situação profissional:

 Empregado  Desempregado  Aposentado  Estudante

f) Endereço (bairro e cidade): \_\_\_\_\_

g) Número de reincidências no serviço: \_\_\_\_\_

 4 a 11 12 ou mais**2. Características do atendimento:**

a) Queixa principal:

 Dor abdominal Dor torácica Dor nas extremidades Enxaqueca/cefaléia Mialgias/neuralgias Náuseas/vômitos Síncope Convulsão

- Dispnéia
  - Febre
  - Sangramento gastrointestinal
  - Outro(s): \_\_\_\_\_
- 

b) Morbidades:

- Hipertensão arterial sistêmica
  - Diabetes mellitus
  - Câncer
  - Cardiopatia
  - Epilepsia
  - Doença pulmonar obstrutiva crônica
  - Asma
  - Anemia falciforme
  - Reumatismo
  - Abuso/dependência de álcool
  - Abuso/dependência de drogas ilícitas
  - Depressão
  - Transtorno psiquiátrico. Qual? \_\_\_\_\_
  - Transtorno neurológico
  - Outro(s): \_\_\_\_\_
- 

c) Classificação de risco obtida:

Protocolo antigo do HCPA:

- Atendimento imediato (roxo)
- Risco alto (vermelho)
- Risco intermediário (amarelo)
- Risco baixo (verde)

Protocolo de Manchester

- Atendimento imediato (vermelho)
- Risco alto (laranja)
- Risco intermediário (amarelo)
- Risco baixo (verde)
- Não urgente (azul)

d) Dia de atendimento:

- Segunda-feira
- Terça-feira
- Quarta-feira
- Quinta-feira
- Sexta-feira
- Sábado
- Domingo
- Feriado

e) Turno de atendimento:

- Manhã
- Tarde
- Noite

f) Tempo de permanência no serviço: \_\_\_\_\_

g) Procedência:

- Demanda espontânea
- SAMU
- Corpo de bombeiros
- Brigada militar
- UBS/ESF
- Ambulatório HCPA
- Outro: \_\_\_\_\_

h) Destino após o atendimento:

- Residência
- UBS/ESF
- Unidade de internação do HCPA
- Unidade de internação de outro hospital. Qual? \_\_\_\_\_
- Outro: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

**ROTEIRO DE TELEFONEMA PARA ENTREVISTA COM  
USUÁRIO**

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Início: \_\_\_ h \_\_\_ min

Término: \_\_\_ h \_\_\_ min

**Pesquisa:** Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento.

**Pesquisadoras:** Aline Marques Acosta e Prof<sup>a</sup> Maria Alice Dias da Silva Lima

Bom dia/boa tarde/boa noite, Sr(a) \_\_\_\_\_.

Meu nome é Aline Marques Acosta, sou enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estou ligando do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para convidá-lo a participar da pesquisa “Usuários frequentes de um serviço de urgência: fatores associados e motivos de busca por atendimento”. A pesquisa é realizada por mim, sob orientação da professora e enfermeira Prof<sup>a</sup> Maria Alice Dias da Silva Lima.

O objetivo da pesquisa é analisar a utilização frequente do serviço de urgência de um hospital universitário. O estudo é importante para identificar fatores que são associados a readmissões frequentes dos serviços de urgência, o que pode indicar dificuldades na utilização do sistema de saúde e fornecer informações para melhorar a assistência nos serviços de urgência.

Será realizada uma entrevista por telefone, que será gravada e que poderá ter duração média de 20 minutos. Nesta entrevista constarão questões sobre os motivos de busca por atendimento no serviço de urgência do HCPA, suas percepções sobre o conceito de urgência, como também sobre a utilização de outros serviços de urgência e de saúde.

As informações coletadas no decorrer da presente pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária e lhe será garantido o direito de desistir dela a qualquer momento em que assim o desejar. Sua desistência ou aceitação em participar da entrevista não

irá acarretar qualquer prejuízo no atendimento no HCPA, não acarretará em gastos, nem oferecerá riscos para a sua saúde.

A partir dessas considerações, você aceita participar deste estudo?

As pesquisadoras estão disponíveis para você esclarecer suas dúvidas a qualquer momento. Os telefones para contato são: pesquisadora Aline: (51) 9293-1487; Prof<sup>a</sup> Maria Alice: (51) 9678-2818; Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: (51) 3359-7640.

### **Questões da entrevista:**

1. Por que você procurou atendimento no HCPA na última vez? Você considera que era uma situação de urgência?
2. Quantas vezes nos últimos 6 meses você buscou atendimento no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre?
3. Você buscou atendimento em outro serviço de saúde antes de ir à emergência do HCPA?
4. Quais são as vantagens de utilizar a emergência do HCPA?
5. Existe alguma desvantagem?
6. Você utiliza outro serviço de urgência (emergência hospitalar, SAMU, etc)?
7. Você utiliza serviço ou profissional de saúde de forma continuada (unidades básicas de saúde, estratégia saúde da família, ambulatório médico)? Com que frequência?
8. Você gostaria de falar algo mais que julgue importante?

Muito obrigada pela aceitação em participar desta pesquisa e pela sua disponibilidade de tempo. Suas respostas irão contribuir para o desenvolvimento deste estudo.



## ANEXO A

## Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais



**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

## Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

## Título do Projeto

<b>Usuários frequentes de um serviço de urgência: fatores associados e motivos de busca por atendimento</b>	<b>Cadastro no GPPG</b>  <b>12/0005</b>
---	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 27 de janeiro de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Profª Maria Alice Dias da Silva Lima	<i>Maria Alice Lima</i>
Aline Marques Acosta	<i>Aline Acosta</i>

## ANEXO B

**Parecer nº 498/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde  
de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Maria Alice Dias da Silva Lima

**Registro do CEP:** 498 **Processo Nº:** 001.020247.10.9

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – Gerencia Distrital  
Gloria/Cruzeiro /Cristal e Samu/UPAS

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.020247.10.9, referente ao projeto de pesquisa: “**ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS**”, tendo como pesquisador responsável Maria Alice Dias da Silva Lima cujo objetivo é “Analisar a estruturação da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências. Específicos: - Caracterizar as demandas de usuários por atendimentos de urgência nos serviços de saúde, analisando o padrão de utilização e a relação que estabelecem com o acesso ao atendimento no Sistema Municipal de Saúde.- Identificar as necessidades de saúde expressas pelos usuários na utilização dos serviços de saúde em situações de urgência; - Identificar o perfil sócio demográfico e epidemiológico das urgências demandadas aos serviços de saúde do município de Porto Alegre;-Caracterizar a organização do trabalho em serviços de saúde para o atendimento às urgências, descrevendo elementos relacionados ao acesso e ao acolhimento, à integralidade das ações e à intersetorialidade”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 22/06/2010

  
**Elen Maria Borba**  
 Coordenadora do CEP

## ANEXO C

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 120005

**Data da Versão do Projeto:** 01/02/2012

**Pesquisadores:**

ALINE MARQUES ACOSTA

MARIA ALICE DIAS DA S LIMA

**Título:** USUÁRIOS FREQUENTES DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA: FATORES ASSOCIADOS E MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 28 de fevereiro de 2012.

  
Prof. Nadine Clausell

Coordenadora GPPG e CEP/HCPA