

ASSOCIAÇÃO DO PERFIL DE USUÁRIOS FREQUENTES COM AS CARACTERÍSTICAS DE UTILIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

ASSOCIATION OF THE FREQUENT USERS PROFILE WITH THE CHARACTERISTICS OF USING AN EMERGENCY SERVICE

ASOCIACIÓN DEL PERFIL DE USUARIOS FRECUENTES CON LAS CARACTERÍSTICAS DE USO DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Bianca Campos Teixeira Moniz Frango ¹
Ruth Ester Assayag Batista ²
Cássia Regina Vancini Campanharo ²
Meiry Fernanda Pinto Okuno ²
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes ²

¹ Hospital 9 de Julho. São Paulo, SP – Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Bianca Campos Teixeira Moniz Frango. E-mail: biancamoniz@hotmail.com
Submetido em: 07/02/2017 Aprovado em: 10/02/2018

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil e os atendimentos dos usuários frequentes de um serviço de emergência e associar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários com as características de utilização do serviço. **Método:** estudo retrospectivo e analítico realizado no serviço de emergência de um hospital universitário localizado no município de São Paulo. Foram incluídos prontuários dos pacientes que procuraram o serviço de emergência no mínimo quatro vezes num período de 12 meses entre setembro de 2013 e agosto de 2014. **Resultados:** incluídos 480 prontuários (2.808 atendimentos). A média de atendimentos foi de 5,85, sendo que a amostra variou de quatro a 28 atendimentos. Foram classificados como verdes após a classificação de risco 44,4% dos pacientes; como laranja, 13,1%; e como vermelho 8,1%, sendo que a maioria desses atendimentos foi realizada às segundas-feiras; 69,1% tiveram como desfecho a alta hospitalar. Predominaram os atendimentos não urgentes. **Conclusão:** os serviços de emergência podem elaborar estratégias junto com as unidades básicas de saúde que facilitem o gerenciamento dos casos a fim de suprir integralmente as necessidades dos usuários no nível adequado de assistência, implementando um sistema de fluxo de referência e contrarreferência dos pacientes.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência; Mau Uso de Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to characterize the profile and outpatient care of frequent users of an emergency service, and to associate the sociodemographic and clinical patterns of users with the purpose of the emergency service. **Method:** Retrospective analysis and analytical examination performed at the Emergency Department of a university hospital, located in the city of São Paulo. Were used Patient records who sought emergency care at least four times in a twelve-month period, from September 2013 to August 2014. **Results:** Included 480 patient records (2,808 visits). The mean number of visits was 5.85, and the sample ranged from 4 to 28 visits. 44.4% of the patients were classified as green after a risk classification, 13.1% as orange and 8.1% as red, and the majority of these visits were performed on Mondays. 69.1% had the outcome of hospital discharge. Non-urgency visits predominated. **Conclusion:** Emergency services can develop strategies together with Basic Health Units that facilitate case management to fully meet users needs at the appropriate level of care, implementing a system flow and counter flow of patients.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Health Services Misuse; Health Services Needs and Demand.

Como citar este artigo:

Frango BCTM, Batista REA, Campanharo CRV, Okuno MFP, Lopes MCBT. Associação do perfil de usuários frequentes com as características de utilização de um serviço de emergência. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____];22:e-1071. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20180001

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil y la atención de usuarios frecuentes de un servicio de emergencias y asociar sus características sociodemográficas y clínicas con las del servicio. **Método:** se trata de un estudio retrospectivo y analítico llevado a cabo en el servicio de urgencias de un hospital universitario de la ciudad de San Pablo. Se incluyeron los expedientes de los pacientes que se dirigieron al servicio de emergencias al menos cuatro veces durante doce meses, entre septiembre de 2013 y agosto de 2014. **Resultados:** Incluidos 480 expedientes (2.808 consultas). Hubo un promedio de 5,85 consultas y la muestra varió de 4 a 28 consultas. Después de la clasificación de riesgo 44,4% de los pacientes fueron clasificados como verde, 13,1% como naranja y 8,1% rojo y la mayoría de estas consultas ocurrieron los lunes. El 69,1% de los pacientes tuvo alta hospitalaria. Los datos indican el carácter no urgente de las consultas. **Conclusión:** los servicios de emergencias deben elaborar estrategias en conjunto con las unidades básicas de salud para facilitar la gestión de los casos con la finalidad de satisfacer plenamente las necesidades de los usuarios con buena atención, implementando un sistema de flujo de referencia y contra-referencia de los pacientes.

Palabras clave: Servicio de Urgencia en Hospital; Mal Uso de los Servicios de Salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a realidade dos serviços de urgência e emergência (SUE) em todo mundo é a superlotação, e essa situação torna-se mais preocupante considerando-se que a estimativa até 2027 é de que haverá aumento de 46% na procura por leitos hospitalares, causado pela elevação da expectativa de vida da população. A superlotação é caracterizada por todos os leitos do serviço ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera acima de uma hora para atendimento, alta pressão para novos atendimentos e tensão por parte da equipe assistencial.¹

Os SUEs atendem considerável volume de usuários que poderiam ser atendidos em serviços de menos complexidade. Entretanto, esses serviços recebem ínfimo incentivo do poder público para o atendimento desses pacientes, não possuem estrutura física adequada para tal assistência nem materiais necessários para os atendimentos, assim como profissionais capacitados para tal. Além disso, a atenção primária é organizada para realizar atendimentos programados, fazendo com que a demanda excedente seja encaminhada informalmente aos SUEs.²

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada nos grandes centros urbanos de diferentes formas, o que se torna um problema para sua consolidação e para que seja um agente nas mudanças de práticas. Diante dos problemas estruturais típicos das grandes cidades, a estratégia acaba se inserindo de forma periférica e sem grandes impactos na organização das ações básicas de saúde. Perpetua-se, assim, o modelo tradicional de atenção, com a saúde recortada por programas de saúde pública, instabilidade das ações de promoção e vigilância, foco no atendimento da demanda espontânea, na doença e no profissional médico. A ESF é uma mudança paradigmática histórica, processual e tensa em conflitos políticos na conformação do sistema de saúde. Portanto, os desvios nos princípios têm causas estruturais intrínsecas.³ Dessa forma, a procura pelos serviços hospitalares se dá por estes configurarem instituições complexas, com recursos tecnológicos, abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo que suas ações incluam promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.⁴

A população acredita que o SUE presta atendimento rápido, seguro e eficaz, por ter capacidade para atender os casos de mais gravidade. Esse fato, associado à insatisfação com os serviços de atenção primária, leva à superlotação dos SUEs.² Seja em experiências nacionais ou internacionais, é uma realidade usual o SUE ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Estudo realizado no Sul do Brasil evidenciou que 58,2% dos pacientes relataram ter procurado o pronto-socorro por acreditarem que esse serviço teria mais condições para atendê-los do que as unidades de saúde.³

Nesse contexto, um interesse crescente foi direcionado para um grupo de pacientes que contribui diretamente para esse número de visitas aos serviços, que são os chamados usuários frequentes (UF). O limiar mais utilizado nos estudos varia entre três e 20 visitas ao serviço no período de um ano.⁵⁻⁷

Em estudo com 49.603 UFs, realizado entre 2000 e 2001, foi utilizado o número de quatro visitas, o que representava 25% de todos os pacientes do serviço, portanto, seriam administrativa e economicamente significantes. Quando definidos como quatro ou mais visitas anuais, os UFs representaram 4,5 a 8,0% de todos os pacientes e 21,0 a 28,0% de todas as visitas.⁸

Os UFs são, a maioria, brancos, com menos de 65 anos, com média de idade de 40 anos, tendem a adoecer mais do que os usuários ocasionais e têm mais probabilidade de internação hospitalar do que qualquer outro paciente.⁹ Estudo realizado com UF no Rio Grande do Sul, Brasil, demonstrou que alguns pacientes atribuem as diversas visitas ao SUE a doenças crônicas, ou seja, condições não emergenciais que poderiam ser atendidas em outros serviços.¹⁰

Em resposta a esse problema, instituições de todo o mundo, como Austrália, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Suécia, Países Baixos e Espanha, instituíram intervenções direcionadas para os UFs com o objetivo de reduzir o número de visitas anuais, tratar suas comorbidades e atender às suas necessidades sociais. As intervenções incluem planos de cuidados individualizados, gestão de casos e parcerias com a atenção primária.¹⁰⁻¹²

OBJETIVOS

Tendo em vista a superlotação dos SUEs, os objetivos deste estudo foram caracterizar o perfil, as queixas e os atendimentos dos UF's e associar as características sociodemográficas e clínicas às características da utilização do serviço.

MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo e analítico realizado no SUE de um hospital universitário localizado no município de São Paulo, de alta complexidade, em que são atendidos diariamente cerca de mil pacientes no SE.

Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes com idade superior a 18 anos, que procuraram o SUE no mínimo quatro vezes no período de 12 meses (setembro de 2013 a agosto de 2014). O acesso aos prontuários foi autorizado pela coordenação da instituição e se deu por meio de acesso *on-line*, já que os prontuários são digitalizados. A busca ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2014, nas dependências da própria instituição.

Para definição do tamanho da amostra para perfil do atendimento dos UF's, utilizou-se o tamanho amostral para proporção. Os parâmetros utilizados foram: p , ou seja, proporção de indivíduos com a característica de interesse na população. Utilizou-se uma proporção de 50%, considerado o "pior caso"; d , ou seja, a diferença desejada entre proporção amostral e proporção populacional (erro amostral). Utilizou-se erro amostral de 5% (padrão); α , ou seja, nível de significância (bilateral). Empregou-se nível de significância de 5% (padrão). Considerando-se esses parâmetros, o estudo foi composto por 480 UF's, que totalizaram 2.808 atendimentos.

Foram inclusos os 40 primeiros pacientes de cada mês, no período de setembro de 2013 a agosto de 2014, selecionados, sucessivamente, a fim de se evitar viés de seleção. Para a identificação do perfil do paciente foi selecionado o primeiro atendimento de cada paciente. Foram excluídas as visitas de retorno para entrega de resultados de exames, atendimentos para administração de medicação, acupuntura e fichas com dados incompletos.

Para a obtenção dos dados, utilizou-se a ficha de atendimento do SUE, que contém dados como idade, sexo, cor da pele referida, procedência, horário de chegada ao SUE, dia da semana e mês de atendimento, queixa principal de acordo com o sistema orgânico comprometido, sinais e sintomas apresentados, escore de dor referida pelo paciente, antecedentes pessoais e hábitos de vida, cor da classificação de risco ao final da avaliação realizada pelo enfermeiro, especialidade médica de atendimento, hipótese diagnóstica, exames solicitados e desfecho do paciente. Os dados foram inseridos em planilha eletrônica.

No hospital de estudo a classificação de risco é realizada por enfermeiros e utiliza-se protocolo institucional. A es-

cala de classificação de risco categoriza os pacientes em cinco níveis de prioridade, que são representadas por cores. São elas: vermelha (emergência, paciente deve receber atendimento médico imediato); laranja (paciente deve ser avaliado pelo médico em até 10 minutos); amarelo (paciente deve ser avaliado pelo médico em até 60 minutos); verde (paciente deve ser avaliado pelo médico em até 120 minutos); e azul (pode aguardar até 240 minutos para ser atendido).¹¹

Este estudo foi aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CAAE 40827514.7.0000.5505).

Para análise descritiva das variáveis categóricas calcularam-se frequência e percentual; e para a análise descritiva das variáveis contínuas foram calculados média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo. Para comparar as variáveis categóricas por grau de gravidade (cor da classificação de risco) utilizou-se o teste qui-quadrado, e quando necessário, o teste da razão de verossimilhança. Para comparar idade por cor da classificação de risco utilizou-se a análise de variância (ANOVA), que também foi empregada para comparar as variáveis do atendimento com as variáveis categóricas. Para relacionar idade às variáveis do atendimento utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Adotou-se nível de significância de 5% (p -valor < 0,05).

O estudo visa contribuir para a criação de estratégias junto com as unidades básicas de saúde para o gerenciamento dos casos, a fim de suprir as necessidades dos usuários no nível adequado de assistência, contribuindo, assim, para melhor resolatividade do processo saúde-doença dos usuários e gerando um novo fluxo dos pacientes dentro do sistema de saúde, efetivo e dinâmico.

RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos 480 UF's do SUE. Houve predomínio de pacientes do sexo feminino ($n=310$; 64,6%) e a idade variou entre 18 e 98 anos, sendo que a média foi de 54,2 ($\pm 20,4$). Os usuários classificados como vermelho segundo o protocolo tinham idade significativamente maior do que os classificados como azul ($p=0,0352$). Não houve relação estatística significativa entre sexo e cor da classificação de risco (CR).

A comorbidade prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica ($n=227$; 47,3%), e com menos frequência constataram-se cardiopatia ($n=106$; 22,1%), diabetes *mellitus* ($n=84$; 17,5%) e pneumopatias ($n=52$; 10,8%). Os pacientes que relataram terem sofrido acidente vascular cerebral prévio apresentaram maior percentual de classificação nas cores vermelha e laranja ($p=0,0301$), e os pacientes portadores de alguma cardiopatia apresentaram maior percentual de classificação na cor vermelha ($p=0,0018$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação da idade e comorbidades dos pacientes do estudo com as categorias da classificação de risco. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Classificação de risco	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total	p-valor
Idade							
Média(DP)	59,93 (18,01)	56,73 (21,2)	53,26 (21,0)	54,05 (20,35)	41,4 (17,67)	54,25 (20,46)	0,0352
Mediana	63,5	64	54,5	55	36	55	
Mín-máx	21-92	22-95	18-97	19-98	21-82	18-98	
Total	44	45	120	256	15	480	
AVC							
Não	38 (8,5%)	40 (8,9%)	109 (24,3%)	246 (54,9%)	15 (3,3%)	448 (100%)	0,0301*
Sim	6 (18,8%)	5 (15,6%)	11 (34,4%)	10 (31,3%)	0 (0%)	32 (100%)	
Total	44 (9,2%)	45 (9,4%)	120 (25%)	256 (53,3%)	15 (3,1%)	480 (100%)	
Cardiopatia							
Não	24 (6,4%)	34 (9,1%)	93 (24,9%)	211 (56,4%)	12 (3,2%)	374 (100%)	0,0018
Sim	20 (18,9%)	11 (10,4%)	27 (25,5%)	45 (42,5%)	3 (2,8%)	106 (100%)	
Total	44 (9,2%)	45 (9,4%)	120 (25%)	256 (53,3%)	15 (3,1%)	480 (100%)	

AVC – acidente vascular cerebral. Utilizou-se a análise de variância (ANOVA).

Os pacientes faziam uso de alguma medicação diariamente (n=321; 66,9%), como hipotensores (n=150; 31,3%) e diuréticos (n=102; 21,3%). Não houve relação estatística significativa entre medicações em uso e cor da CR. Em relação aos hábitos de vida, alguns pacientes eram tabagistas (n=58; 12,1%) ou etilistas (n=35; 7,3%). Alguns declararam serem portadores de algum tipo de alergia (n=85; 17,7%) e já haviam realizado alguma cirurgia (n=121; 25,2%).

Os pacientes que declararam terem alguma doença psiquiátrica (n=22; 4,5%) relataram como diagnóstico depressão (n=13; 59%), síndrome do pânico (n=3; 13,6%) e transtorno afetivo bipolar (n=3; 13,6%). Entretanto, 7,9% (n=38) dos pacientes faziam uso de medicações como antidepressivos (n=30; 6,3%) ou antipsicóticos (n=7; 1,5%).

Nesta pesquisa observou-se que foram realizados 2.808 atendimentos dos UFs. A média de atendimento por paciente foi de 5,85 ($\pm 2,79$), sendo que a amostra variou de quatro a 28 atendimentos. Os pacientes que tiveram quatro atendimentos durante o ano foram responsáveis por 25,4% do total de atendimentos dos UFs e um único paciente que reincidiu 28 vezes correspondeu a 0,9% do total. Os pacientes que realizaram cirurgias prévias apresentaram maior número de atendimentos (p=0,0309) quando comparados com aqueles que não realizaram.

Quase todos os pacientes (n=2752; 98,0%) eram procedentes da própria residência. Em apenas 1,7% (n=47) dos atendimentos os pacientes foram encaminhados de outros serviços de saúde, como ambulatórios, unidades básicas de saúde ou outros hospitais, e 0,3% (n=9) era procedente de via pública. Na Tabela 2 observa-se que os pacientes provenientes da própria residência foram mais classificados nas cores

verde e azul, e os provenientes de outros serviços de saúde na cor vermelha (p<0,0001).

O meio de transporte particular foi o mais utilizado pelo UF (n=2742; 97,6%). Em 1,2% (35) dos atendimentos os pacientes foram levados ao SUE pelo SAMU ou resgate. Esses atendimentos apresentaram maior percentual de CR na cor vermelha, e os UFs que procuraram o serviço por meio de transporte próprio apresentaram maior percentual de classificação nas cores amarela, verde e azul (p<0,0001) (Tabela 2).

O período de maior procura pelo serviço foi o matutino (n=1027; 36,6%), e o de menor procura, noturno II (n=207; 7,4%), que compreende o período de 0 às 5:59h. Os UFs que deram entrada durante a madrugada apresentaram alto percentual de CR na cor vermelha e os que chegaram no período da manhã, na cor verde (p=0,0029) (Tabela 2).

Os dias da semana recorrentes foram segunda-feira (n=496; 17,7%) e quarta-feira (n=442; 15,7%) e os menos recorrentes sábado (n=313; 11,1%) e domingo (n=334; 11,9%). Os atendimentos realizados às segundas-feiras apresentaram maior percentual de CR na cor verde (p=0,0020). Os atendimentos realizados nos meses de janeiro, maio, julho e agosto tiveram mais pacientes na categoria amarela; e no período de setembro a dezembro na verde (p<0,0001).

As queixas apresentadas pelos pacientes foram: respiratórias (n=477; 17%), como dispneia (n=209; 43,8%), tosse (n=172; 36%) ou dor torácica ventilatório-dependente (n=51; 10,6%); musculares (n=413; 14,7%), como dor em membros inferiores (n=80; 19,3%), coluna lombar (n=78; 18,8%) e pés (n=40; 9,6%); gastrointestinais (n=298; 10,6%), como dor abdominal (n=85; 28,5%), vômitos (n=56; 18,7%) e aumento do volume abdominal (n=54; 18,1%); queixas inespecíficas (n=261; 9,3%), como

mal-estar inespecífico (n=76; 29,1%), febre (n=29; 11,1%) e algia generalizada (n=29; 11,1%); e neurológicas (n=255; 9,1%), como cefaleia (n=121; 47,4%), tontura (n=54; 21,1%) e crise convulsiva (n=15; 5,8%).

As queixas menos frequentes foram: endocrinológicas (n=12; 0,4%), como hipo ou hiperglicemia; imunológicas (n=19; 0,7%), como reações alérgicas (prurido generalizado ou edema de cavidade oral); e traumas (n=22; 0,8%), como queda da própria altura e acidentes veiculares. Não houve associação estatística significativa entre sexo, idade, antecedentes pessoais, hábitos de vida e uso de medicamentos com as queixas relatadas pelos UF.

Os atendimentos considerados traumas ou politraumas apresentaram maior percentual de CR na cor vermelha. Os atendimentos que tiveram como queixa as doenças musculoesqueléticas, como dor em membros inferiores, coluna lombar e pés; pele e anexos, como lesões e abscessos; e queixas otorrinolaringológicas, como otalgia, odinofagia e sangramento nasal, apresentam maior percentual de CR na cor verde (p<0,0001). A maior parte dos pacientes foi classificada na cor verde (n= 1248; 44,4%) e amarelo (n=856; 30,5%), sendo que menor porcentagem foi classificada nas cores laranja (n=367; 13,1%), vermelha (n=228; 8,1%) e azul (n=109; 3,9%).

A especialidade com maior número de atendimentos foi Clínica Médica (n=1154; 41,1%), seguida por Ortopedia (n=328; 11,7%) e Cirurgia Geral (n=326; 11,6%). As que totalizaram menor número foram Psiquiatria (n=51; 1,8%) e Neurocirurgia (n=9; 0,3%). Os UF atendidos pela especialidade de

Cardiologia foram mais classificados na cor vermelha, sendo que os atendidos pela Neurologia Clínica foram mais classificados como amarelo e Ortopedia e Otorrinolaringologia na cor verde (p<0,0001).

Quanto à queixa de dor, 37,1% dos pacientes relataram algum nível de dor (n=1043), e 33,5% não tinham a hipótese diagnóstica registrada na ficha de atendimento (n=940). Os UF diagnosticados com hipoglicemia, encefalopatia hepática, diabetes *mellitus* descompensado, cetoacidose diabética, traumatismo cranioencefálico, ferimento cortocotuso e sepse apresentaram maior percentual de CR na cor vermelha. E os diagnosticados com contusão ou dor muscular, lombalgia, abscessos, dermatite, herpes zoster, câncer de cabeça e pescoço e otite exibiram maior percentual na cor verde (p<0,0001).

Os exames mais solicitados foram laboratoriais (sangue) (n=968; 34,5%) e radiografia (n=705; 25,1). Os UF classificados nas cores vermelha, laranja e amarela tiveram maior percentual de realização de exames laboratoriais. Os classificados na cor vermelha realizaram mais radiografias, eletrocardiograma (ECG) e tomografia, e os nas cores laranja e amarela, exames de urina e ultrassonografia (p<0,0001).

O desfecho mais observado na amostra deste estudo foi a alta hospitalar (n=1939; 69,1%), seguida por internação hospitalar (n=379; 13,5%) e encaminhamento para ambulatórios (n=195; 6,9%). Reduzida parcela foi encaminhada para UBS (n=104; 3,7%) e apenas um paciente evoluiu a óbito. Outros desfechos encontrados foram agendamento de retorno no próprio SUE (n=122; 4,3%) e evasão dos UF (n=68; 2,4%).

Tabela 2 - Associação da procedência, meio de transporte, horário de chegada ao SE e exames laboratoriais dos pacientes do estudo com as categorias da classificação de risco. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Classificação de risco	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total	p-valor
Procedência							
Casa	204 (7,4%)	356 (12,9%)	843 (30,6%)	1240 (45,1%)	109 (4%)	2752 (100%)	<0,0001*
Outros	24 (42,9%)	11 (19,6%)	13 (23,2%)	8 (14,3%)	0 (0%)	56 (100%)	
Total	228 (8,1%)	367 (13,1%)	856 (30,5%)	1248 (44,4%)	109 (3,9%)	2808 (100%)	
Transporte							
Próprio	194 (7,1%)	353 (12,9%)	845 (30,8%)	1241 (45,3%)	109 (4%)	2742 (100%)	<0,0001
Outros	34 (51,5%)	14 (21,2%)	11 (16,7%)	7 (10,6%)	0 (0%)	66 (100%)	
Total	228 (8,1%)	367 (13,1%)	856 (30,5%)	1248 (44,4%)	109 (3,9%)	2808 (100%)	
Horário de chegada ao SUE							
0 a 5:59h	27 (13%)	36 (17,4%)	56 (27,1%)	77 (37,2%)	11 (5,3%)	207 (100%)	0,0029*
6 a 11:59h	72 (7%)	112 (10,9%)	308 (30%)	496 (48,3%)	39 (3,8%)	1027 (100%)	
12 a 17:59h	74 (7,6%)	127 (13%)	296 (30,4%)	441 (45,2%)	37 (3,8%)	975 (100%)	
18 a 23:59h	55 (9,2%)	92 (15,4%)	196 (32,7%)	234 (39,1%)	22 (3,7%)	599 (100%)	
Total	228 (8,1%)	367 (13,1%)	856 (30,5%)	1248 (44,4%)	109 (3,9%)	2808 (100%)	

*Teste qui-quadrado. Outros: ambulatórios, UBS ou outros hospitais.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram que os UFs foram a maioria do sexo feminino, o que corrobora achados nacionais e internacionais, embora a predominância do sexo feminino sobre o masculino seja pequena.¹² As mulheres, geralmente, quando são acometidas por alguma doença, são enfermidades de baixa letalidade, mas que têm forte impacto individual e social¹³, e procuram por atendimento, o que pode justificar o fato da predominância feminina. Em relação à média da idade encontrada entre os UFs, foi de 54,2 anos, semelhante ao obtido em estudo realizado no Sul do país, no qual a idade média foi de 53,3 anos, assim como o intervalo de variação (18 a 98 anos), que foi de 18 a 93 anos.¹² Estudos mostram que os UFs apresentam maior idade do que os usuários eventuais⁹ e que pessoas com idades mais elevadas têm mais chances de se tornarem UF.⁵

Nesse cenário demográfico as comorbidades mais prevalentes encontradas entre os UFs reforçam outros estudos, como problemas circulatórios, endócrinos ou respiratórios.^{5,10} Estudo realizado na Austrália mostrou que os problemas crônicos mais recorrentes entre os UFs eram hipertensão arterial sistêmica, depressão, asma e diabetes.⁹ Diante desses fatos, estudos têm associado alta frequência de visitas ao SE a exacerbações de doenças crônicas, como câncer, doenças do sistema cardiovascular, pulmonar ou gastrointestinal.⁵ Queixas relacionadas à alteração do estado mental foram encontradas somente em 2,0% dos atendimentos. Esse dado é discordante de dois outros estudos: em um deles 49% dos UFs tiveram algum transtorno de humor ou esquizofrenia⁶, enquanto encontramos tais antecedentes pessoais em apenas 4,5% da nossa amostra. Em outro estudo internacional também foram observados elevados percentuais de doenças mentais entre os usuários que visitaram o serviço de emergência, 10 ou mais vezes, cerca de metade tinha história de doença psiquiátrica.¹⁴ Os UFs são considerados pacientes mais vulneráveis, pela associação de vários fatores como divórcio, desemprego, institucionalização, abuso de substâncias e doenças mentais, o que leva à taxa de 4,6 mais hospitalizações por doenças mentais.¹⁵

No que se refere a hábitos de vida, o etilismo foi encontrado neste estudo em 7,3% dos UFs, enquanto outro estudo nacional¹² obteve taxa mais baixa, 4,7%. Esse mesmo estudo evidenciou que 2,1% dos UFs eram usuários de drogas, enquanto que em nosso estudo não houve usuário algum. Pode-se considerar a taxa de etilismo elevada, já que outros achados mostram taxas mais baixas, entre 3 e 4%.^{5,6}

Tendo em consideração a reincidência dos UFs que compuseram a amostra (quatro a 28 atendimentos) deste estudo, concluiu-se que ela foi menor do que o resultado encontrado em outra pesquisa¹², na qual houve variação de quatro a 58 atendimentos. Ressalta-se, porém, que a média de atendimentos por usuário foi relativamente semelhante, sendo 5,85 nesta

pesquisa e 6,59 no outro estudo. Os UFs que realizaram quatro visitas no período do nosso estudo representam 37,2% da amostra, e no referido estudo, 24,4%. O UF que realizou 28 visitas representa 0,2% da amostra, e no referido estudo o UF que realizou 58 visitas representa 0,3% da amostra.¹²

No que se refere à procedência, a grande maioria (98%) dos UFs era procedente da própria residência, ou seja, buscou o serviço por demanda espontânea e utilizou meio de transporte próprio para chegar ao serviço (97,6%). Na CR, para os pacientes provenientes da residência foram atribuídos, em maior frequência, as cores amarela, verde e azul, ou seja, foram classificados como atendimentos não urgentes ($p < 0,0001$). Este resultado pode estar relacionado ao maior número de procura por demanda espontânea.¹² Algumas pesquisas demonstraram que a taxa de UFs que chegam ao SUE por meio de ambulâncias, como SAMU ou resgate, é alto, podendo variar de 10,4¹⁵ até 25%.¹⁵ Entretanto, nosso estudo revelou número menor, 1,2%, assim como outra pesquisa¹¹ realizada no Brasil, que foi de 2,3%. Os pacientes admitidos no serviço por esse meio de transporte apresentaram maior percentual de CR na cor vermelha ($p < 0,0001$), podendo evidenciar a urgência dos atendimentos.¹⁶ Em apenas 1,7% dos atendimentos os UFs eram provenientes de outros serviços de saúde, como ambulatórios ou unidades básicas de saúde. É uma taxa bem baixa quando comparada à de outra pesquisa realizada em Londrina, que mostrou que 16,2% dos usuários eram encaminhados desses serviços.¹⁷

Em relação ao período do dia que o usuário procura por atendimento, o período matutino foi o de maior procura, que correspondeu a 36,6% dos atendimentos. Esse resultado corrobora estudo¹² realizado em Porto Alegre, onde 59,1% dos atendimentos foram realizados no mesmo período. Segunda-feira e quarta-feira foram os dias em que os UFs mais procuraram o serviço. Esse resultado vai de encontro ao de outro estudo,¹¹ que encontrou os dias quinta-feira (17,7%) e sexta-feira (17,7%) como resultado. Os atendimentos realizados às segundas-feiras apresentaram maior percentual de CR na cor verde ($p = 0,0020$), ou seja, foram classificados como atendimentos não urgentes. Tal achado salienta que no dia em que há maior procura pelo SUE a maioria dos atendimentos não é urgente, portanto, poderia ser realizada em serviços de saúde de menos complexidade.

Diante desse padrão de utilização do SUE pelos UFs, que procuram atendimento mais comumente no período da manhã e em dias úteis, infere-se que as restrições dos horários de funcionamento de outros serviços de saúde não são uma causa isolada quanto aos motivos de busca pelo SUE, já que nesses períodos aqueles serviços estão em funcionamento. Outras pesquisas também evidenciaram tal fato, tanto nos EUA⁶ quanto em Portugal.¹⁰

Quanto às razões que motivaram a procura pelo SUE, revisão sistemática da literatura⁶ revelou taxas semelhantes

às encontradas neste estudo, como as queixas respiratórias (17%), musculares (14,7%) e gastrointestinais (10,6%). Estudo realizado na Austrália realçou que, comumente, os UFs têm queixas relacionadas a problemas clínicos de saúde, enquanto que os usuários não frequentes têm mais problemas associados a causas externas ou traumas.¹⁸ Isso pode em parte justificar a baixa incidência de queixas relacionadas a causas externas e traumas neste estudo.

No que se refere à classificação de risco, os pacientes que foram classificados nas cores vermelha (6,9%) e azul (2%) totalizaram valores semelhantes aos do estudo realizado no Sul do país.¹⁰ Entretanto, nosso trabalho encontrou valores menores quanto aos classificados nas cores laranja (18%) e amarela (38,6%), e maior porcentagem de atendimentos classificados como verde (34,6%).¹⁰ Outra pesquisa realizada no interior de São Paulo também demonstrou que a maioria dos usuários que frequentam um SUE é classificada como não urgente (18%) e de baixo risco (67%).¹⁹

No tocante às especialidades médicas que tiveram maior número de atendimentos, registraram-se Clínica Médica, Ortopedia e Cirurgia Geral. Tal achado vai ao encontro de pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, que encontrou tais especialidades relacionadas às queixas como problemas com álcool, dor nas costas e dor abdominal.²⁰

Em relação à realização de exames, ou seja, número de procedimentos realizados, os UFs classificados em categorias consideradas mais graves (cores vermelha, laranja e amarela) apresentaram maior porcentagem de realização de exames, como Raios-X, ECG e tomografia. Estudo realizado em Belo Horizonte concluiu que a CR do Sistema de Triagem de Manchester foi considerada preditora da gravidade do paciente. Pode-se comparar tal achado com a quantidade de exames realizados pelos UFs classificados nas cores vermelha, laranja e amarela.¹¹

No que diz respeito aos desfechos dos pacientes, o mais frequente neste estudo foi a alta hospitalar (69,1%), valor maior quando comparado à pesquisa¹² realizada no Sul do Brasil, que encontrou taxa de 46,5%. A taxa de internação hospitalar encontrada foi de 13,5%. Pesquisas têm mostrado que os UFs têm mais chances de serem internados após atendimento no SUE do que os usuários eventuais.^{5,6} Autores mostram diferentes taxas de mortalidade entre os UFs, mas todos indicam que os índices são maiores do que em usuários eventuais.^{5,12} Investigação realizada no Brasil apurou que 3,9% dos UFs evoluíram a óbito no SUE, enquanto nosso estudo encontrou 0,2%.¹²

É importante ressaltar que em um cenário de alta demanda nos SUEs os UFs provocam significativo impacto no funcionamento dessas unidades e põem em discussão a resolutividade dos serviços de saúde primários.¹² Por configurarem uma realidade mundial, os UFs nos serviços de emergência têm sido foco de estudos e algumas intervenções implementadas mos-

traram resultados positivos. Estudo americano realizado com o objetivo de coordenar melhor o cuidado e reduzir as visitas dos UFs ao SUE mostrou que após nomear um assistente de saúde da comunidade para ajudar os pacientes na identificação de suas necessidades, bem como o desenvolvimento por parte de uma equipe clínica de planos de cuidados interdisciplinares, houve redução das visitas ao SUE e também dos custos.²¹ Outras intervenções têm sido implementadas, como gestão dos casos desses UFs por equipes multiprofissionais, realizadas por contatos telefônicos e nomeação de uma enfermeira de referência da rede básica na alta do SUE.²² No entanto, algumas estratégias são difíceis de serem viabilizadas em grandes centros urbanos.

Destacamos que a população é atingida por questões socioeconômicas e por alta prevalência de doenças crônicas, o que mostra a importância da rede de atenção à saúde, o que poderia impactar na diminuição da procura, pelos UFs, dos SUEs. São necessários atendimentos que vão desde ações continuadas para prevenção de agravos até as situações de agudização. É importante ressaltar que mesmo os casos de baixa complexidade devem ser acolhidos e assistidos de acordo com suas necessidades a fim de assegurar os princípios do SUS aos usuários. O atendimento multidisciplinar qualificado e contínuo, orientações de alta efetivas e conscientização dos usuários acerca das redes de atenção à saúde podem diminuir a utilização dos SUEs. É primordial, portanto, a comunicação entre os diversos serviços de saúde, formando um fluxo de referência e contrarreferência, para que sempre os usuários tenham continuidade no tratamento.

CONCLUSÃO

Neste estudo, quase todos os pacientes eram procedentes da própria residência por meio de transporte particular. A maior parte foi classificada na cor verde e o período de mais procura pelo serviço foi o matutino. As principais queixas apresentadas foram as respiratórias, musculares e gastrointestinais. As especialidades com maior número de atendimentos foram Clínica Médica, Ortopedia e Cirurgia Geral. Os UFs atendidos pela especialidade de Cardiologia foram mais classificados na cor vermelha e os atendidos pela Ortopedia e Otorrinolaringologia na cor verde. Os classificados na cor vermelha utilizaram mais recursos diagnósticos específicos. A maioria dos UFs recebeu alta hospitalar e somente pequena parcela foi encaminhada para UBS.

Os SUEs podem contribuir com a identificação dos UFs e elaborar estratégias junto com as unidades básicas de saúde que facilitem o gerenciamento dos casos. Dessa forma, melhora a articulação entre os sistemas de saúde, a fim de suprir integralmente as necessidades dos usuários no nível adequado de assistência.

Além disso, medidas como orientações de alta específicas e conscientização podem contribuir para melhoria desse panorama.

Recomenda-se a realização de estudos que implementem maneiras de realizar um fluxo de atendimento com referência e contrarreferência dos pacientes, a fim de comprovar a diminuição da superlotação dos SUEs.

Este estudo teve como limitação ter sido realizado em um centro único e ter deparado com a incompletude de algumas fichas de atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Glinos IA, Baeten R, Maarse H. Purchasing health services abroad: practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy*. 2010[citado em 2016 jan. 16];95(2):103-12. Disponível em: [http://www.healthpolicyjournal.com/article/S0168-8510\(09\)00301-7/abstract](http://www.healthpolicyjournal.com/article/S0168-8510(09)00301-7/abstract)
2. Chen W, Waters TM, Chang CF. Insurance impact on non urgent and primary care-sensitive emergency department use. *Am J Manag Care*. 2015[citado em 2016 jan. 16];21(3):210-7. Disponível em: <http://www.ajmc.com/journals/issue/2015/2015-vol21-n3/Insurance-Impact-on-Nonurgent-and-Primary-CareSensitive-Emergency-Department-Use/>
3. Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007[citado em 2016 jan. 16];7:131. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-131>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: MS; 2013[citado em 2015 dez. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
5. Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, Lowe RA, Magid DJ, Raven M, et al. Frequent user of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med*. 2011[citado em 2016 jan. 16];18(6):64-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01086.x/abstract;jsessionid=B12BDC38701B79E42CBE6103241A8A4.f04t02>
6. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010[citado em 2016 jan. 16];56:42-8. Disponível em: https://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/News_Room/NewsMediaResources/Press_Conferences/Annals-FrequentUsersMyths-LaCalle7-2010.pdf
7. Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, et al. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med*. 2012[citado em 2016 jan. 16];60(1):24-32. Disponível em: [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(11\)01877-4/abstract](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(11)01877-4/abstract)
8. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2006[citado em 2016 jan. 16];48:1-8. Disponível em: [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(06\)00068-0/abstract](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(06)00068-0/abstract)
9. Sandoval E, Smith S, Walter J, Schuman SA, Olson MP, Striefler R, et al. A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. *J Emerg Med*. 2010[citado em 2016 jan. 16];38(2):115-21. Disponível em: [http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(08\)00026-7/abstract](http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(08)00026-7/abstract)
10. Acosta AM, Pelegrini AHW, Lima MADs. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2011[citado em 2016 jan. 16];2(2):141-4. Disponível em: revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/114/96
11. Pinto Júnior D, Salgado P, Chianca TCM. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012[citado em 2016 jan. 16];20(6):1041-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000600005&script=sci_arttext&lng=pt
12. Acosta AM, Lima MADs. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015[citado em 2015 jul. 12];23(2):337-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200021
13. Carret MLV, Fassa ACG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011[citado em 2016 jan. 16];16(1):1069-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700039
14. Delcher C, Yang C, Ranka S, Tyndall JA, Vogel B, Shenkman E. Variation in outpatient emergency department utilization in Texas Medicaid: a state-level framework for finding "superutilizers". *Int J Emerg Med*. 2017[citado em 2015 jul. 12];10(1):31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5714939/>
15. Bieler G, Paroz S, Faouzi M, Trueb L, Vaucher P, Althaus F, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med*. 2012[citado em 2016 jan. 16];19(1):63-8. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x/abstract>
16. Gibson NP, Jelinek GA, Jiwa M, Lynch AM. Paediatric frequent attenders at emergency departments: a linked-data population study. *J Paediatr Child Health*. 2010[citado em 2016 jan. 16];46(12):723-8. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.2010.01829.x/abstract>
17. Feijo VBER, Cordoni Junior L, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate*. 2015[citado em 2016 jan. 16];39(106):627-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>
18. Markham D, Graudins A. Characteristics of frequent emergency department presenters to an Australian emergency medicine network. *BMC Emerg Med*. 2011[citado em 2016 jan. 16];11:21. Disponível em: <http://bmcmernmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-11-21>
19. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Profile of the population cared for in a referral emergency. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011[citado em 2016 jan. 16];19(3):548-56. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14
20. Capp R, Rosenthal MS, Desai MM, Kelley L, Borgstrom C, Cobbs-Lomax DL, et al. Characteristics of medicare enrollees with frequent ED use. *Am J Emerg Med*. 2013[citado em 2016 jan. 16];31(9):1333-7. Disponível em: [http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(13\)00347-1/abstract](http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(13)00347-1/abstract)
21. Lin MP, Blanchfield BB, Kakoza RM, Vaidya V, Price C, Goldner JS, et al. ED-based care coordination reduces costs for frequent ED users. *Am J Manag Care*. 2017[citado em 2016 jan. 16];23(12):762-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29261242/>
22. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, et al. Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2017[citado em 2016 jan. 16];24(1):40-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27473387>