

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

ROGER WATERS LIMA DOS SANTOS

**USUÁRIOS FREQUENTES EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO**

SÃO PAULO

2019

ROGER WATERS LIMA DOS SANTOS

USUÁRIOS FREQUENTES EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik

São Paulo

2019

Santos, Roger Waters Lima dos.

Usuários frequentes em um serviço de urgência e emergência : características e fatores associados à utilização / Roger Waters Lima dos Santos. - 2019.

54 f.

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de medicina de emergência. 2. Hospitais - Serviço de emergência. 3. Saúde - Administração. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 64.024.8

ROGER WATERS LIMA DOS SANTOS

USUÁRIOS FREQUENTES EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik

Data de Aprovação

__/__/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik (orientadora)
(FGV – EAESP)

Prof. Dr. Everton Soeiro
(IEP – SÍRIO LIBANÊS)

Prof. Dr. Walter Cintra Ferreira Júnior
(FGV – EAESP)

Aos meus pais Marcia e Alceu (in memoriam), que apesar de todas as dificuldades, sempre me apoiaram e me mostraram o caminho a ser seguido. À Ivanir, minha “segunda mãe”, por todo apoio e incentivo. Ao meu primo Gerson, por ser meu exemplo e inspiração.

Sem vocês este trabalho não existiria.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à professora Ana Maria Malik, minha orientadora e coordenadora de mestrado, pelo cuidado, pela disponibilidade em ajudar, por inspirar e por não ter desistido de mim nos momentos mais críticos. Serei eternamente grato.

À Daniela Brum, por ter me acompanhado neste desafio e estar sempre ao meu lado.

Aos queridos colegas e amigos, Cristian Guolo, Mariane Manso e Vanusa Barbosa, os quais tornaram esta jornada ainda mais prazerosa.

À Marina Saad, Nadia Mariz e Natália Victuri pelo apoio e incentivo nesta reta final.

À Associação Hospitalar Vila Nova, em especial ao Sr. Jalmir Pin e a Sra. Thais Malcorra, pela disponibilização das informações para a elaboração deste trabalho e pela confiança depositada em mim.

Aos meus “irmãos” Rafael e Marcelo, que estão presentes em todos os momentos da minha vida.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, tornaram este trabalho uma realidade.

RESUMO

A demanda por serviços de urgência e emergência vem aumentando e, muitas vezes, se constitui como principal forma de acesso ao Sistema de Saúde. A utilização inapropriada desses serviços é um problema comum, podendo gerar a superlotação, o aumento dos gastos em saúde e a redução da qualidade assistencial. A identificação de usuários frequentes e hiperutilizadores, assim como seu perfil de utilização, possibilita a elaboração de estratégias para reduzir a utilização inadequada do serviço de urgência e emergência. Este estudo tem como objetivo identificar o padrão de utilização dos usuários do serviço de urgência e emergência da Associação Hospitalar Vila Nova, em especial os usuários frequentes e hiperutilizadores, com o intuito de conhecer suas características sociodemográficas. Trata-se de um estudo com desenho metodológico quantitativo do tipo descritivo, transversal e retrospectivo sobre os atendimentos realizados no serviço de urgência e emergência do AHVN no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Os usuários frequentes e hiperutilizadores foram definidos como tendo realizado entre 6 a 20 e 21 ou mais consultas, respectivamente, no período do estudo. No ano de 2018, 37.195 pacientes foram atendidos no serviço de urgência e emergência do AHVN, gerando 55.446 atendimentos. Os usuários frequentes e hiperutilizadores, apesar de representarem 3,06% e 0,08%, respectivamente, consumiram 15,37% dos atendimentos. Os usuários frequentes possuem em média 50,6 anos e 63,5% são do sexo feminino. Os hiperutilizadores tem uma idade média de 50,7 anos e 70,37% são do sexo masculino. Verificou-se que 96,59% dos pacientes residiam em Porto Alegre e que o padrão de utilização entre os usuários do serviço foi semelhante, sendo 82% dos atendimentos realizados nos dias úteis e 79,65% no período diurno. Os usuários frequentes e hiperutilizadores constituem um grupo heterogêneo, com características que variam conforme a frequência de utilização. A utilização do serviço de urgência tende a ser maior pelos pacientes que residem nas proximidades do serviço. É necessária a melhoria na relação entre os diferentes níveis de atenção, possibilitando a identificação e o direcionamento dos pacientes para atendimento no serviço de complexidade compatível a sua condição de saúde.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Serviço Hospitalar de Emergência; Pacientes.

ABSTRACT

The demand for urgency and emergency services has been growing and often becomes the main source of access to a health system. The inappropriate usage of these services is a common issue, which may lead to overcrowding, increased health spending and reduced quality of care. The identification of frequent users and super users and also their usage profile, enables the development of strategies to reduce the inappropriate use of urgency and emergency services. This study aims to identify the usage pattern of Vila Nova Hospital's urgency and emergency service users, especially those classified as frequent users and super users, in order to acknowledge their sociodemographic features. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative methodological designed study on the care provided from January 1st, 2018 to December 31st, 2018. Frequent users and super users were defined as having performed between 6 to 20 and 21 or more consultations, respectively, during the study period. In 2018, 37.195 patients were attended at Vila Nova Hospital's urgency and emergency service, generating 55.446 consultations. Frequent users and super users, although representing 3,06% and 0,08%, respectively, summed up 15,37% of all attendances. The average age of frequent users was 50,6 years and 63,5% were females. Super users were 50,7 years of age, in average, and 70,37% were males. It was noted that 96,59% of the patients lived in Porto Alegre and that the usage pattern among the service users was similar, with 82% of attendances on weekdays and 79,65% during daytime. Frequent users and super users constitute a heterogeneous group, with features that vary according to the usage frequency. The use of urgency and emergency service tends to be higher among patients who reside nearby the health care provider. Improvement in the relation between levels of care is needed, allowing identification and direction of patients to attend the service of complexity that is compatible with their health condition.

Keywords: Health Services; Emergency Service, Hospital; Patients.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes da Rede de Urgência e Emergência e suas interfaces.....	23
Figura 2 – Mapa da Zona Sul de Porto Alegre/RS.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Média de atendimentos conforme perfil de utilização.....	36
Gráfico 2 – Média de idade conforme perfil de utilização.....	38
Gráfico 3 – Distribuição dos atendimentos conforme perfil de utilização.....	40
Gráfico 4 – Distribuição dos atendimentos de acordo com o dia da semana.....	40
Gráfico 5 – Distribuição dos atendimentos por turno.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição e critérios utilizados para definir consultas inadequadas aos serviços de urgência e emergência.....	25
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes conforme utilização da emergência da AHVN.....	34
Tabela 2 – Comparativo do perfil de utilizadores dos serviços de urgência e emergência.....	35
Tabela 3 – Atendimentos por gênero.....	37
Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos por mês.....	39
Tabela 5 – Atendimentos por município.....	42
Tabela 6 – Distribuição de atendimento por bairros de Porto Alegre.....	43

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AHVN – Associação Hospitalar Vila Nova

CEPH – Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

FGV – Fundação Getulio Vargas

GTA – Grupo Técnico de Atenção

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Urgências e Emergências

SIGH – Sistema de Informação e Gestão Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 Pergunta de Pesquisa.....	15
2.2 Objetivo Geral.....	15
2.3 Objetivos Específicos.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Necessidade, demanda e oferta.....	16
3.2 Rede de Atenção à Saúde.....	18
3.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	21
3.4 Hiperutilizadores.....	24
4. MÉTODO.....	30
4.1 Tipo do estudo.....	30
4.2 Amostra.....	30
4.3 Local do estudo.....	30
4.4 Coleta e Análise de dados.....	32
4.5 Limitações do desenho.....	33
5. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	34
6. CONCLUSÕES.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXO I.....	52
ANEXO II.....	54

1. INTRODUÇÃO

Observa-se um aumento na demanda por serviços de urgência e emergência como um fenômeno mundial (CARRET *et al.*, 2007). Esse aumento é observado em 14 dos 22 países membros da OCDE, com um incremento de aproximadamente 7% no volume anual de atendimentos (BERCHET, 2015). Múltiplos fatores têm sido sugeridos para explicar o porquê da demanda por serviços de saúde estar aumentando, incluindo o envelhecimento da população, o aumento do número de pessoas com múltiplas condições crônicas e as mudanças comportamentais relacionadas à maneira como as pessoas optam por acessar os serviços de saúde (COSTER *et al.*, 2017).

O referido aumento também está associado à utilização inadequada por parte dos pacientes que possuem condições clínicas suscetíveis à atenção básica e utilizam o serviço de urgência e emergência (LACALLE; RABIN, 2010). A utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência pode ser definida como o atendimento realizado por um indivíduo com uma condição pouco ou nada urgente e que poderia ser tratada de forma eficiente e com menor custo em regime ambulatorial (CHRIST *et al.*, 2010).

Os serviços de urgência e emergência tem como objetivo diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, caracterizando-se por um importante componente na assistência à saúde (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Verifica-se ainda que muitos usuários demonstram uma persistente predileção pelos serviços de urgência e emergência, buscando atendimentos repetitivamente nesses serviços. Apesar de representarem um pequeno grupo comparado ao total de usuários que utilizam o serviço de urgência e emergência, os hiperutilizadores consomem uma elevada porcentagem da oferta desses serviços (LACALLE; RABIN, 2010). Como consequência, contribuem para a superlotação e para o aumento dos custos dos serviços de urgência e emergência (LACALLE; RABIN; GENES, 2013).

A identificação de um paciente com frequente utilização de um serviço de urgência e emergência de um hospital de uma grande operadora de planos de saúde do sul do Brasil e a ausência de conhecimento sobre o perfil de pacientes hiperutilizadores – o que os tornam “invisíveis” dentro dos sistemas de saúde, foram os aspectos que despertaram o interesse pelo tema.

Diante desse contexto, no qual se demonstra a importância de se mapear os usuários frequentes e hiperutilizadores, acredita-se na possibilidade de elaboração de estratégias para reduzir a reincidência e a utilização frequente dos serviços de emergência, assim como uma melhor gestão dos recursos existentes.

Nesse sentido, apresenta-se o objetivo geral desse estudo: identificar o padrão de utilização, em especial por parte dos usuários frequentes e hiperutilizadores, do serviço de urgência e emergência da Associação Hospitalar Vila Nova.

2. OBJETIVOS

2.1 Pergunta de Pesquisa

Quais são as características e o perfil de utilização dos usuários frequentes e hiperutilizadores de um serviço de urgência e emergência?

2.2 Objetivo Geral

Identificar o padrão de utilização dos usuários, em especial os frequentes e hiperutilizadores do serviço de urgência e emergência da Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN), hospital filantrópico habilitado como porta de entrada pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Porto Alegre/RS.

2.3 Objetivos Específicos

- Classificar a demanda conforme o perfil de utilização;
- Mapear usuários frequentes e hiperutilizadores;
- Determinar se o horário de atendimento das unidades básicas de saúde influencia no aumento do volume de atendimentos no serviço de urgência e emergência;
- Estabelecer a relação entre o local de residência e a maior utilização do serviço de urgência;
- Comparar a demanda de usuários frequentes e hiperutilizadores com os parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde para determinar a necessidade de serviços de urgência e emergência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Necessidade, demanda e oferta

Para Malik (2001) a definição das necessidades em saúde tem se mostrado um desafio para os economistas do setor. No entanto, é possível adotar o conceito de que se trata de uma “noção instrumental utilizada no sentido de determinado indivíduo precisar consumir cuidados para melhorar o seu estado de saúde” (MALIK, 2001, p. 148). Ainda segundo o autor esse conceito pode ser dividido em três subcategorias:

- necessidade sentida: identificada como tal pelos indivíduos;
- necessidade expressa: apresentada pela população aos serviços de saúde, sendo frequentemente compreendida como a procura por cuidados;
- necessidade normativa: tecnicamente definida e ou identificada pelos profissionais de saúde.

Jeffers *et al.* (1971) definem o conceito de necessidade como sendo a quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente. Essa definição, apesar de transmitir uma noção de que as necessidades médicas de uma pessoa ou de uma sociedade sejam estabelecidas ou acordadas facilmente, baseia-se em hipóteses fortes, tais como: existência de um padrão claramente definido do que seja "boa saúde"; conhecimento perfeito das condições de saúde da população; conhecimento perfeito da capacidade das intervenções médicas para melhorar as condições de saúde das pessoas (IUNES, 1995).

Iunes (1995) define que a demanda por um bem ou serviço esteja relacionada com a quantidade que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias. Observa-se ainda que vários fatores afetam a quantidade que as pessoas pretendem consumir de um bem ou serviço, estes determinantes são classificados nos seguintes grupos: estrutura de preferência do consumidor, sendo este um dos principais determinantes da demanda por um bem ou serviço; a qualidade percebida sobre um produto ou serviço; o preço do bem ou serviço; o preço de outros produtos ou serviços; a renda do consumidor.

Arrow (1963) demonstra que o setor saúde apresenta diversas características que o diferenciam de outras áreas da economia, destacando-se:

- do ponto de vista do indivíduo, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, ou seja, não é possível estabelecer quando e com que frequência será necessária a atenção médica;
- a demanda por atenção à saúde ocorre em uma situação anormal, de doença, podendo influenciar na decisão do consumidor;
- o paciente não pode utilizar experiências anteriores, suas ou de terceiros, para eliminar ou reduzir as incertezas e os riscos. Em outros mercados, o fato de consumidor ter gostado de um produto ou serviço serve como informação permanente para que ele venha consumi-lo outras vezes. Na atenção médica não existem garantias de que uma experiência anterior bem-sucedida se repita da mesma maneira e, essas condições estabelecem a necessidade de um elo de confiança entre o paciente e seu médico;
- a confiança é reforçada pela convicção de que a conduta do médico está dissociada do seu próprio interesse. A ética médica orienta que a conduta terapêutica deve ser determinada somente pelas necessidades do paciente, independente de sua capacidade econômica de pagamento;
- a propaganda e a competição aberta entre médicos são uma prática condenada pela ética médica, limitando o número de informações disponíveis para o consumidor tomar suas decisões;
- limitação de entrada de profissionais no mercado em virtude de requisitos, como especializações e residências, bem como restrições impostas à prática de profissionais não médicos;
- o mercado de atenção médica também é caracterizado pela cobrança diferenciada de preço para um mesmo tipo de serviço e, conseqüentemente, por um mesmo custo. Identifica-se ainda uma prática de cobrança totalmente desvinculadas de custos.
- a relação entre médico e paciente tende a gerar um maior conhecimento, por parte do médico, sobre as condições de saúde do paciente, sendo reconhecido por ambas as partes.

Estas características afetam diretamente o comportamento da demanda, tendo impacto para consumidores e prestadores de serviços, assim como para o comportamento da oferta (IUNES, 1995). Pereira (1995), define a oferta como sendo a quantidade de um bem ou serviço que fornecedores estão dispostos a vender a um dado preço.

A oferta satisfaz a demanda em função da sua capacidade e de suas práticas. No entanto, a oferta não é correspondente à necessidade, aparecendo muitas vezes em virtude da demanda, inclusive criada por um determinado produto ou serviço (MALIK, 2011).

3.2 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais estabelecidas para atender às necessidades de saúde de uma determinada população, devendo operar em concordância com a situação de saúde dos indivíduos. No entanto, o cenário da saúde brasileira vem mudando e é marcado por uma transição demográfica e por uma tripla carga de doenças: uma agenda não concluída de casos de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismos, obesidade, estresse, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas (MENDES, 2011).

De acordo com Mendes (2011), não será possível responder adequadamente a essa situação de saúde por meio de um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e organizado para o atendimento de condições agudas e de agudizações de condições crônicas. Desta forma, é necessário organizar o sistema de saúde através da implantação das redes de atenção permitindo atender as necessidades de saúde da população brasileira com equidade, eficiência, efetividade, segurança e qualidade.

De acordo com Borzel (1997), as redes se caracterizam por relações não hierárquicas com o compartilhamento de objetivos comuns entres diversos atores, realizando a troca de recursos, presumindo que a cooperação é forma mais adequada para o alcance destes objetivos. Castells (2000), estabelece que as redes são as novas formas de organização social, do estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia da informação e fundamentada na cooperação entre as unidades dotadas de autonomia.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008), há seis modalidades de integração nas RASs, sendo elas: um pacote de intervenções preventivas e curativas para uma determinada população; serviços integrados de saúde; continuidade do cuidado ao longo do tempo; integração vertical dos diferentes níveis de serviço; integração entre formulação de políticas e gestão; e o trabalho intersetorial. A partir da identificação dessas modalidades, conceitua-se os serviços integrados de saúde como a oferta de serviços de saúde de uma forma que os indivíduos recebam cuidados contínuos, preventivos e curativos, conforme suas necessidades ao longo do tempo e sendo realizado por diferentes níveis de atenção (WHO, 2008).

Mendes (2011) conceitua as redes de atenção à saúde da seguinte forma:

pode-se definir as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

No Brasil, a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde e a conceitualizou como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que [as redes] integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta que as RAS estão compreendidas no âmbito de uma região de saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores. Essas comissões têm como atribuição pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados, tendo como responsabilidade:

- aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

- diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- responsabilidades dos entes federativos na RAS, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- referências das regiões intra e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

No processo de implantação das RAS é necessário que sejam observados os seguintes aspectos: definição da população e território; diagnóstico situacional; criação de uma imagem-objetivo para a superação dos vazios assistenciais; articulação do público privado; planejamento pela efetiva necessidade; criação de um sistema logístico e de suporte; investimento nas pessoas/equipes; criação de um sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2014).

Nos anos de 2011 e 2012, a partir do referencial da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as seguintes temáticas nas Redes de Atenção à Saúde:

1. Rede Cegonha.
 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);
 3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência;
 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- 3.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.415/95, definiu como urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, no qual o portador necessita de assistência médica de forma imediata. A

mesma portaria define emergência como sendo a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

Verifica-se um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma consequente pressão sobre as estruturas e os profissionais de saúde em todos os países. Além disso, o atendimento de urgência é a causa principal de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde, havendo uma demanda por serviços maior que a oferta. A construção de alternativas de racionalização ou a implementação de estratégias regulatórias tem sido a solução comumente utilizada pelos sistemas de saúde (MENDES, 2011).

No relatório publicado pela OCDE em 2015, observa-se um aumento de aproximadamente 7% no volume anual de atendimentos de urgência e emergência em 14 dos 22 países membros (BERCHET, 2015).

Segundo Cordeiro Júnior (2008), para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pela agudização de condições crônicas, é imprescindível a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, instituindo o local para a resposta a uma determinada situação.

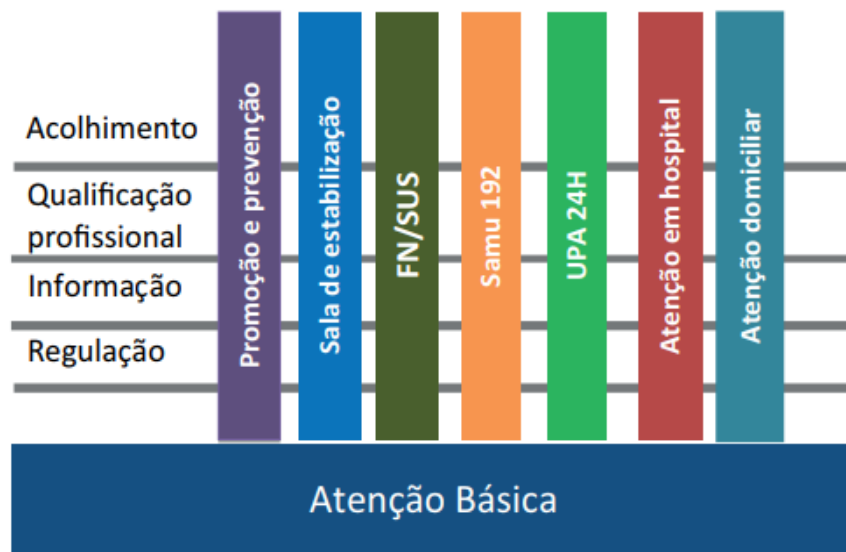
No ano de 2011, o Ministério da Saúde implementou, por meio da Portaria MS/GM nº 1.600, as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências. Essa política estabelece que o atendimento aos indivíduos com quadros agudos deve ser realizado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, tendo como diretrizes:

- I. ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II. garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III. regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV. humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V. garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

- VI. articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII. atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII. atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX. monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X. articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- XI. participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- XII. fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- XIII. regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
- XIV. qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2013).

A organização da RUE tem como objetivo articular e integrar no âmbito do SUS todos os serviços e equipamentos, possibilitando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, respeitando os critérios epidemiológicos e de densidade populacional (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Componentes da Rede de Urgência e Emergência e suas interfaces



Fonte: BRASIL, 2013, p.14.

A organização do componente hospitalar da RUE tem como objetivo a qualificação das Portas de Entradas Hospitalares de Urgência e Emergência com o intuito de qualificar o atendimento com relação à demanda espontânea ou referenciada de serviços de menor complexidade aos pacientes em situação de urgência ou emergência, tendo como diretrizes:

- universalidade, equidade, integralidade no atendimento às urgências;
- humanização da atenção, centrada no cuidado integral do usuário;
- atendimento priorizado, mediante a Classificação de Risco segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada em gestão de linhas de cuidados.

O atendimento médico de emergência deve ser visto como um conjunto de organizações de diferentes níveis que funciona efetivamente para alcançar um propósito comum, tanto no cotidiano quanto em contingências extremas.

De acordo com Morales (2001), o objetivo principal dos serviços de emergência é reduzir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes geradas pelas lesões ou

pelas doenças, assim como garantir a assistência integral com qualidade por meio de recursos humanos, infraestrutura adequada e materiais que dão suporte a esse atendimento.

3.4 Hiperutilizadores

A crescente demanda por serviços de urgência e emergência é um fenômeno mundial, independente do estágio de desenvolvimento do país, estando a utilização inadequada associada a pacientes com quadros clínicos suscetíveis a atenção básica (CARRET *et al.*, 2007; LACALLE; RABIN, 2010). De acordo com Christ *et al.* (2010), o uso inadequado dos serviços de urgência pode ser definido como qualquer atendimento realizado por um indivíduo com uma condição pouco ou nada urgente e que poderia ser tratado de forma eficiente e com menor custo em regime ambulatorial. Honigman *et al.* (2013) indicam que o controle dos atendimentos evitáveis em serviços de urgência e emergência é uma estratégia para reduzir o impacto do aumento dos custos em saúde, já que os atendimentos em serviços de urgência e emergência possuem um custo superior se comparado ao atendimento na atenção básica. Para Slankamenac *et al.* (2019), o aumento na utilização dos serviços de urgência e emergência, além de gerar a superlotação e a redução da qualidade e eficiência no atendimento de emergência, contribui para o aumento do custo.

Embora a utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência venha sendo documentada, não há um consenso sobre os critérios utilizados para identificar os usuários com este perfil de utilização. Uma revisão da literatura feita em 2007 por Carret, demonstrou que diferentes critérios são empregados para definir as consultas inadequadas ou que não se caracterizam por atendimentos de urgência e emergência, tais como: classificação de risco; necessidade de diagnóstico ou tratamento; necessidade de internação; possibilidade de tratamento em atenção primária (CARRET *et al.*, 2007).

Quadro 1 – Definição e critérios utilizados para definir consultas inadequadas aos serviços de urgência e emergência

Fonte	País	Resultados	
De Wolf and Vanoverloop (2011)	Bélgica	Os atendimentos na urgência e emergência são considerados apropriados quando o paciente é encaminhado por um médico de família ou pelas linhas de emergência; quando o paciente é internado no hospital no final do episódio; quando a sala de gesso é usada; quando o paciente morre no mesmo dia; quando é uma emergência psiquiátrica; quando o parto é esperado nos próximos três meses. Os atendimentos são considerados inadequados para todas as outras situações.	56,0% dos atendimentos na Urgência e Emergência são inapropriados
AIHW (2013)	Austrália	Os atendimentos potencialmente evitáveis nos serviços de urgência e emergência de hospitais públicos são aqueles que poderiam ser realizados em atendimentos não hospitalares. Os atendimentos passíveis de serem atendidos em atenção não hospitalar são definidos como: condições semi-urgentes em que a avaliação e tratamento iniciam dentro de 60 minutos ou condições não urgentes para as quais a avaliação e tratamento iniciam em 120 minutos; não ter sido conduzido por serviços de remoção de urgência; pacientes que não foram admitidos no hospital ou transferidos para outra unidade.	32,4% dos atendimentos na Urgência e Emergência são inapropriados
Afilalo et al (2004)	Canadá	As visitas inadequadas são medidas como uso não urgente de um serviço de urgência e emergência. O Sistema Canadense de Triagem (CTAS) é usado para categorizar o uso não urgente, correspondendo a um paciente que pode esperar duas horas antes de ser visto por um médico. A condição pode ser aguda, mas não urgente e pode ser parte de um problema crônico, mas com ou sem evidência de deterioração. Esses pacientes poderiam potencialmente ser encaminhados e tratados em centros de atenção primária.	25% dos atendimentos na Urgência e Emergência são inapropriados
Cour des comptes, 2014	França	Visitas evitáveis são caracterizadas por pacientes que procuram cuidados para condições que poderiam ter sido tratadas pelo sistema de atenção primária. O sistema de classificação é usado para categorizar visitas evitáveis, identificando pacientes com condições clínicas estáveis para a qual não é necessário realizar exames médicos adicionais.	19,4% dos atendimentos na Urgência e Emergência são inapropriados
Bianco, Pileggi and Angelillo, 2003	Itália	Uma visita inadequada a um serviço de urgência e emergência é classificada como uma visita não urgente de acordo com os seguintes critérios: o paciente não apresenta sintomas ativos ou era recente e menor; não há sentimento de emergência e o paciente deseja um check-up; e uma solicitação de troca de prescrição ou uma liberação de retorno ao trabalho.	19,6% dos atendimentos na Urgência e Emergência são inapropriados
Pereira et al., 2001	Portugal	Uma consulta de emergência é considerada apropriada se resultar em hospitalização do paciente; se a morte ocorre no serviço de urgência e emergência; se o paciente for transferido para outro hospital; ou de acordo com critérios explícitos baseados em testes diagnósticos específicos ou tratamento realizado. A visita é apropriada se requer estudos de imagem como ressonância magnética, estudos ultra-sonográficos, tomografia computadorizada, e se o tratamento requer fluidos	31,3% dos atendimentos na Urgência e Emergência são inapropriados

		intravenosos, oxigênio, prescrição de medicamentos administrados no serviço, transfusão de hemoderivados, tratamentos ortopédicos, tratamento de feridas e remoção de corpos estranhos. As visitas são consideradas inadequadas para todas as outras situações.	
NEHI (2010)	Estados Unidos	O uso evitável dos serviços de urgência e emergência resulta de pacientes que procuram cuidados não urgentes ou cuidados de emergência para condições que poderiam ter sido tratadas e / ou prevenidas por cuidados primários.	12,1% dos atendimentos na Urgência e Emergência são inapropriados

Fonte: BERCHET, 2015, p.14, tradução nossa.

Na Europa aproximadamente 40% dos atendimentos de pacientes adultos em unidades de urgência são classificados como não urgentes. Nos Estados Unidos 85% dos pacientes que buscaram atendimento em unidades de emergência não apresentam risco de morte (OLIVEIRA, 2008).

Entre as principais causas para a utilização inadequada de serviços de urgência estão as características sociodemográficas e culturais, assim como problemas associados a atenção básica e a organização dos sistemas de saúde (CARRET *et al.*, 2007; LOWE *et al.*, 2011; TSAI *et al.*, 2010). Um estudo italiano identificou que o uso inadequado dos serviços de urgência estava associado aos pacientes que residiam nas proximidades, com maior probabilidade de serem pacientes jovens e de baixa classe econômica (BIANCO *et al.*, 2003).

Para Berchet (2015), os serviços de urgência e emergência são convenientes para os pacientes por possibilitar o acesso a uma gama completa de serviços 24h por dia, permitindo a realização de todos os exames em um único lugar.

Coster *et al.* (2017) identificaram seis razões pela qual os pacientes optam por acessar serviços de atendimento de urgência e emergência: acesso limitado ou desconfiança da atenção primária; percepção de urgência pelo paciente; conveniência; visões de familiares, amigos ou outros profissionais de saúde; e a crença de que sua condição exige recursos e facilidades oferecidas por um determinado provedor de serviços de saúde.

Na realidade brasileira identificou-se que o principal motivo para a utilização inadequada dos serviços de urgência é a dificuldade de acesso nas unidades de atenção primária a saúde, caracterizada pela demora no atendimento e agendamento de consultas, assim como aos horários de atendimento e funcionamento das unidades básicas de saúde (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010).

Lima *et al.* (2015) identificam que a não disponibilidade de atendimento no turno noturno e aos finais de semana, assim como a limitação de dias para o agendamento de consultas, estão entre as principais dificuldades encontradas pelos usuários das unidades básicas de saúde e conseqüentemente a causa para a utilização da rede de urgência e emergência.

De acordo com Barreto *et al.* (2012), a facilidade no acesso é um dos principais fatores associados à busca por atendimento nos serviços de urgência e emergência. A garantia de acesso ao atendimento médico sem agendamento e à realização rápida de exames, estimula o usuário a traçar seu próprio caminho de cuidado, privilegiando os serviços de urgência e emergência por proporcionarem uma sensação de segurança (SACOMAN ET AL, 2019).

A procura por assistência nas emergências representa, para muitos usuários, uma alternativa de atendimento. As emergências se constituem como porta de entrada ao sistema de saúde, oferecendo possibilidade de acesso a maiores recursos tecnológicos e resolutividade (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; GOMIDE *et al.*, 2012).

Sacoman *et al.* (2019) indicam que os usuários associam as tecnologias a um maior cuidado, o que remete ao modelo centrado no médico e no hospital. Ao relacionar esse valor ao uso dos serviços de urgência e emergência, os usuários distorcem a finalidade desses serviços, causando uma sobrecarga com ações assistenciais suscetíveis a atenção básica.

Para Hunt *et al.* (2006), os usuários que utilizam os serviços de urgência e emergência como porta de entrada para o sistema de saúde geralmente subestimam a importância dos cuidados regulares de saúde e apresentam condições clínicas suscetíveis à atenção básica, causando a utilização inapropriada do serviço de urgência e emergência.

Para Silva (2012), a incorreta utilização dos serviços de urgência acarreta uma série de consequências negativas: diminuição da qualidade dos serviços prestados aos pacientes que necessitam de cuidados de urgência e emergência; menor especialização dos recursos humanos em medicina de urgência; atendimento inadequado a pacientes crônicos que necessitam de um cuidado contínuo; redução da eficiência dos serviços de saúde.

A utilização inadequada tende a aumentar o tempo médio de espera e causar ansiedade, tanto nos usuários quanto nos profissionais de saúde. Além disso, há uma

redução na qualidade do atendimento, sobretudo nas respostas às verdadeiras situações de urgência e emergência (NASCIMENTO, 2017).

Apesar de não haver um consenso na literatura para caracterizar um hiperutilizador, o volume anual de consultas varia entre 3 e 21 atendimentos (KRIEG *et al.*, 2016; CASTILLO *et al.*, 2014; LOCKER *et al.*, 2007). De acordo com Oliveira (2008), os utilizadores frequentes do serviço de urgência e emergência são denominados na literatura como hiperutilizadores, hiperfrequentadores, *heavy users*, *super users* ou *frequent users*. Apesar de ser um pequeno grupo, ao ser comparado com total de usuários que utilizam o serviço de urgência e emergência, os hiperutilizadores são responsáveis por uma elevada porcentagem da demanda destes serviços (LACALLE; RABIN, 2010). Castillo *et al.* (2014) ao analisarem o perfil dos utilizadores de unidade de urgência e emergência de San Diego na Califórnia, classificaram os indivíduos como:

- Usuários: pacientes que realizaram de 1 a 5 atendimentos no período de 12 meses;
- Usuários frequentes: pacientes que realizaram de 6 a 20 atendimentos no período de 12 meses;
- Hiperutilizadores: acima de 21 atendimentos no período de 12 meses.

Krieg *et al.* (2016) referem que este perfil de utilizadores compreende entre 0,2 a 11% do total de utilizadores do serviço de urgência e emergência, podendo ser responsável por até 67% do total de consultas anuais. Como consequência, causam impacto no fluxo de chegadas, contribuindo significativamente para a superlotação da urgência e emergência, bem como para o aumento dos custos destes serviços (LACALLE; RABIN; GENES, 2013).

Os hiperutilizadores possuem condições clínicas difusas e nem sempre compatíveis com o serviço de urgência. Tais condições deveriam ser tratadas em outro nível assistencial. Esses pacientes frequentemente são estigmatizados pelos profissionais que atuam nos serviços de emergência, pois o tempo dispendido nesse perfil de atendimento é considerado como desperdício e utilização inadequada dos recursos (BILLINGS; RAVEM, 2013; ACOSTA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

O relatório publicado pela OCDE, no ano de 2015, indica que crianças e idosos são os grupos mais propensos a utilizar os serviços de urgência e emergência,

possivelmente devido a maiores necessidades de saúde (BERCHET, 2015). Enquanto os idosos utilizam os serviços de urgência e emergência com condições médicas urgentes, as crianças normalmente são levadas a visitarem o serviço (pelos pais ou responsáveis) em virtude de trauma e condições de saúde menos urgentes (do ponto de vista clínico) tais como vômitos, náuseas, tosse e febre (HE *et al.*, 2011).

4. MÉTODO

4.1 Tipo do Estudo

O Trabalho Aplicado se baseia em pesquisa com desenho metodológico quantitativo do tipo descritivo, transversal e retrospectiva, utilizando-se de dados provenientes do Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH), programa desenvolvido pela empresa HOSPIDATA para o gerenciamento de informações hospitalares.

Este estudo permitiu identificar os usuários frequentes e hiperutilizadores do serviço de emergência estudado, baseado na frequência de uso, utilizando uma base de dados que contém dados demográficos e relacionados a cada visita ao serviço.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – CEPH/FGV em 05 de julho de 2019, sendo dispensado de análise pelo comitê pelo fato da pesquisa não suscitar questões éticas relevantes.

4.2 Amostra

O universo estudado considerou todos os atendimentos realizados na unidade de urgência e emergência da Associação Hospitalar Vila Nova no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2018, totalizando 65.535 atendimentos.

4.3 Local do Estudo

O Hospital Vila Nova foi fundado em 1965, decorrente da notória necessidade de oferta de atendimentos à população da Zona Sul de Porto Alegre. Por uma estratégia de sustentabilidade, em 2002, mudou sua razão social para Associação Hospitalar Vila Nova, entidade privada, sem fins lucrativos, cujo objetivo principal seria a execução de obras na assistência médica, social, cultural e científica. (AHVN, 2004)

A Associação Hospitalar Vila Nova presta atendimento à população adulta em geral, sendo referência no atendimento de pacientes privados de liberdade, dependentes químicos, soropositivos, tuberculosos, inclusive pacientes em situação de rua, sem familiares e/ou identificação (BRASIL, 2019)

Em novembro de 2011, a AHVN passou a direcionar 100% dos seus atendimentos para o SUS. No ano de 2014, tornou-se o primeiro hospital do Estado a aderir ao programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, programa que visa à desospitalização segura, efetiva, articulada e integrada com a RAS. Em 2018, a AHVN passou a contar com mais 2 unidades, o Hospital Restinga e Extremo Sul com 111 leitos e o Hospital de Charqueadas com 60 leitos.

Atualmente a AHVN oferece os seguintes serviços no hospital objeto deste estudo:

- Ambulatório eletivo: atendimentos nas especialidades de cirurgia geral, vascular, clínica médica, neurologia e oftalmologia para os pacientes encaminhados pela Rede Básica de Saúde do município;
- Emergência: atendimento de demanda espontânea e referenciada, sendo habilitado como Porta de Entrada pela RUE;
- Diagnóstico: direcionado para a demanda referenciada e interna, realiza os exames de: endoscopia digestiva alta; colonoscopia; ecografia; radiologia; eletrocardiograma; ecodoppler arterial e venoso; laboratório de análises clínicas; tomografia;
- Unidades de internação: 411 leitos de internação;
- Unidade de tratamento intensivo tipo II: 20 leitos equipados conforme recomendação da RDC 07/2010;
- Ambulatório Prisional: realização de atendimentos nas dependências da Cadeia Pública de Porto Alegre e Penitenciária Feminina Madre Pelletier; e no município de Charqueadas na Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas, Penitenciária Estadual do Jacuí, Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas e na Penitenciária Estadual de Charqueadas, através de equipes de profissionais da AHVN, que promovem ações de atenção primária, além das ações integradas nas áreas Clínicas, Psicologia, Enfermagem, Odontologia e Assistência Social;
- Saúde de Atenção Domiciliar: atendimento realizado no domicílio do paciente, visando à continuidade do tratamento e reabilitação, por meio de equipe multiprofissional de atendimento domiciliar. Atualmente conta com 07 equipes responsáveis por uma população de 700.000 habitantes.

4.4 Coleta e Análise de dados

A base de dados utilizada para a realização deste estudo foi a do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar da AHVN, que é composta pelos registros de todos os atendimentos realizados no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2018. A autorização para a utilização dos dados foi concedida pelo superintendente da AHVN, Sr. Jalmir Pin, em 08 de julho de 2019.

Os dados foram anonimizados antes mesmo da inclusão na base de dados, sendo atribuída uma identificação única a cada paciente, permitindo identificá-lo a cada visita ao serviço de urgência e emergência. Neste estudo foram analisadas variáveis demográficas (idade e sexo), o local de residência, data e horário do atendimento. Os dados referentes à classificação de risco, queixas e Classificação Internacional de Doenças não estavam disponíveis no período do estudo, sendo adotados pela instituição somente no ano de 2019.

Os resultados foram tabulados e analisados no Microsoft Excel para identificar a existência de diferenças entre os usuários ocasionais, usuários frequentes e hiperutilizadores.

A classificação dos utilizadores foi baseada na frequência de uso, sendo os usuários frequentes aqueles que consumiram entre 6 e 20 atendimentos e os hiperutilizadores que obtiveram 21 ou mais atendimentos ao longo de 12 meses no serviço de urgência e emergência da AHVN.

Este desenho foi baseado em um estudo anterior, o qual identificou usuários frequentes e hiperutilizadores em 18 serviços de urgência e emergência da região de San Diego, com uma população de 3,2 milhões de habitantes. Durante o período desse estudo, 925.719 pacientes consumiram 2.016.537 atendimentos. Destes, 805.489 pacientes (96,7%), foram classificados como usuários ocasionais que foram responsáveis por 1.592.453 atendimentos (79%); 28.569 pacientes (3,1%) foram classificados como usuários frequentes e realizaram 333.648 atendimentos (16,5%); 1661 pacientes (0,2%) foram classificados como hiperutilizadores e foram responsáveis por 90.436 atendimentos (4,5%) (CASTILLO *et al.*, 2014).

4.5 Limitações do desenho

Como o estudo considera somente a base de dados da AHVN, não é possível identificar a utilização do serviço de urgência e emergência em outras instituições. Desta forma, ainda é possível que um usuário tenha realizado atendimentos em outros serviços de urgência durante o período avaliado e que o volume de usuários frequentes e hiperutilizadores esteja subdimensionados.

5. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Entre o dia 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2018 foram utilizados 65.515 atendimentos no serviço de urgência e emergência por um total de 37.195 pacientes. Do total de pacientes, 36.028 foram classificados como usuários, 1.139 como usuários frequentes e 28 como hiperutilizadores. Apesar dos últimos grupos representarem apenas 3,14% dos pacientes, os usuários frequentes e os hiperutilizadores foram responsáveis por 15,37% do volume total de atendimentos do serviço.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes conforme utilização da emergência da AHVN

Frequência	Pacientes	%	Atendimentos	%	Classificação
0 – 5	36.028	96,86%	55.446	84,63%	Usuário
6 – 20	1.139	3,06%	9.163	13,99%	Usuário Frequente
≥ 21	28	0,08%	906	1,38%	Hiperutilizador
Total	37.195	100,00%	65515	100,00%	

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

No estudo realizado na região de San Diego na Califórnia, 96,7% dos pacientes foram classificados como usuários ocasionais, 3,1% como usuários frequentes e 0,2% como hiperutilizadores. Os usuários frequentes e hiperutilizadores, apesar de representarem 3,3% dos pacientes, foram responsáveis por 21% do volume total de atendimentos no período avaliado (CASTILLO *et al.*, 2014).

Apesar de não ter sido objeto deste estudo, observa-se a oportunidade de realização de uma pesquisa qualitativa com o grupo de hiperutilizadores – que corresponde a 0,08% do total de pacientes – com o objetivo de identificar os motivos pelo qual esses pacientes buscam o atendimento no serviço de urgência e emergência, já que os dados relacionados à queixas, classificação de risco e Classificação Internacional de Doenças não estavam disponíveis no momento da coleta de dados.

Tabela 2 – Comparativo do perfil de utilizadores dos serviços de urgência e emergência

Perfil	AHVN		San Diego – CA	
	% Pacientes	% Atendimentos	% Pacientes	% Atendimentos
Usuário	96,86%	84,63%	96,70%	79,00%
Usuário Frequente	3,06%	13,99%	3,10%	16,50%
Hiperutilizador	0,08%	1,38%	0,20%	4,50%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborado a partir da comparação entre os dados obtidos no SIGH e o estudo realizado em San Diego, 2019.

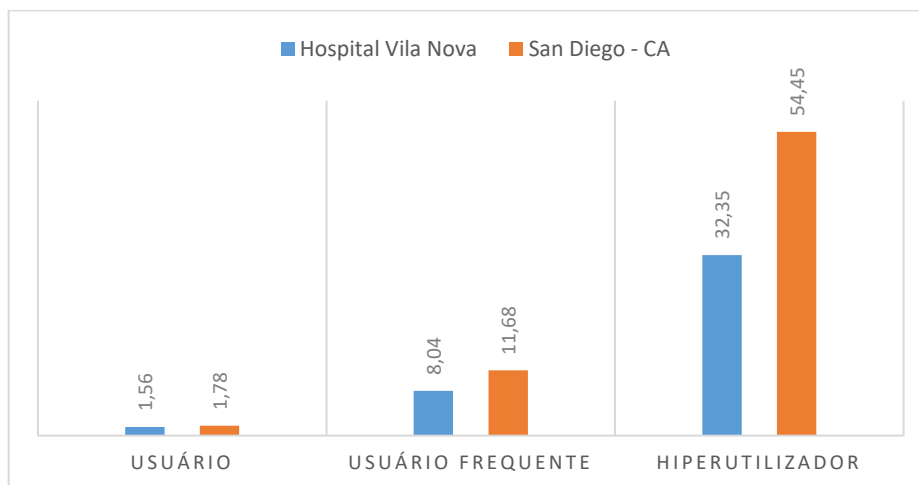
Ao comparar o perfil dos utilizadores dos serviços de urgência e emergência entre os estudos, evidencia-se uma semelhança no padrão de utilização, sendo 3,14% classificados como usuários frequentes e hiperutilizadores na AHVN e 3,30% nos serviços de urgência e emergência de San Diego. Contudo, os usuários frequentes e hiperutilizadores em San Diego foram responsáveis por 21% do volume total de atendimentos, enquanto este grupo foi responsável por 15,37% na AHVN.

Ao avaliar a média de atendimento na AHVN, identificou-se que o volume médio foi de 1,76 por paciente. No entanto, os usuários frequentes e os hiperutilizadores no hospital brasileiro consumiram em média 8,04 e 32,35 atendimentos respectivamente. No grupo de hiperutilizadores, o número de visitas ao serviço de urgência variou entre 21 e 69 por paciente no período do estudo.

Ao avaliar os critérios e parâmetros assistenciais utilizados para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, identifica-se que o parâmetro utilizado para dimensionar o volume de consultas/atendimentos de urgência é de 1 consulta/ano (BRASIL, 2015). Observa-se que os usuários frequentes e hiperutilizadores consomem um volume muito superior de consultas ao parâmetro utilizado pelo SUS para o planejamento da rede assistencial, podendo causar a superlotação dos serviços de urgência e emergência.

No estudo realizado na região de San Diego identifica-se uma utilização mais frequente em todos os grupos se comparados aos usuários do serviço de urgência e emergência da AHVN, variando de 14,10% para os usuários ocasionais e 68,31% para os hiperutilizadores. O volume médio de atendimentos por paciente no estudo americano foi de 11,68 atendimentos entre os usuários frequentes e 54,43 atendimentos para os hiperutilizadores.

Gráfico 1 – Média de atendimentos conforme perfil de utilização



Fonte: Elaborado a partir da comparação entre os dados obtidos no SIGH e o estudo realizado em San Diego, 2019.

Ainda que uma das hipóteses para a utilização mais frequente tenha sido estabelecida pelo estudo realizado na região de San Diego considerando uma base de dados composta por 18 serviços de urgência e emergência, é preciso atentar para este estudo brasileiro, o qual apesar de basear-se apenas nos dados do serviço de uma unidade de atendimento, a do AHVN, também obteve resultados significativos e podem contribuir para pensar na utilização mais frequente num âmbito mais restrito, o da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

O município de Porto Alegre possui uma cobertura populacional estimada em 62,5% pela atenção básica. Ao contabilizar sobre a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, observa-se que o município possui 207 equipes completas, uma cobertura de 48,2% da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2016). Observa-se ainda que o município de Porto Alegre apresenta uma cobertura populacional pela atenção básica abaixo da média brasileira, que é de 64,0% (NEVES, 2018).

Cecílio (2012) ao avaliar a atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde em dois grandes municípios da região do ABCD paulista, identificou que o fornecimento de medicamentos, seja pela dispensação direta na farmácia ou pela obtenção de receita do médico, é o valor de uso imediatamente visível da rede básica para os usuários. Esses, identificam a atenção básica como um lugar de coisas simples, onde o médico generalista seria um médico com pouca resolutividade, um encaminhador para o especialista e um “trocador de receitas”.

A cobertura populacional pela atenção básica no município de Porto Alegre é abaixo da média brasileira e é também associada à imagem de baixa resolutividade pelos usuários, tais aspectos podem estar relacionados à utilização frequente do serviço de urgência e emergência.

Com relação ao gênero dos usuários do serviço de urgência e emergência, identifica-se que 56,62% dos pacientes são do sexo feminino, permanecendo essa preponderância entre os grupos de usuários ocasionais (56,43%) e usuários frequentes (63,50%). No entanto, os pacientes classificados como hiperutilizadores são 70,37% do sexo masculino.

Tabela 3 – Atendimentos por gênero

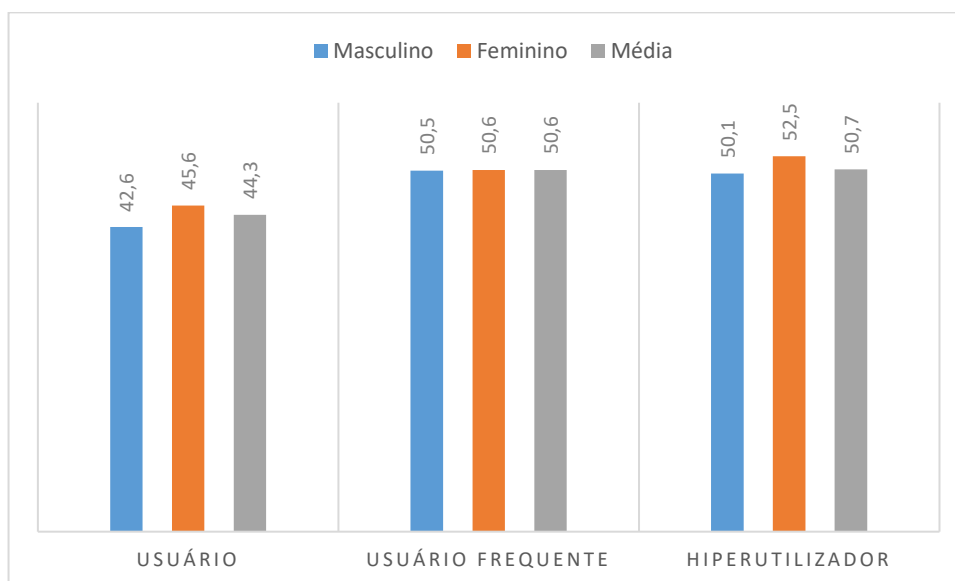
Sexo	Usuário		Usuário Frequente		Hiperutilizador	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Masculino	15693	43,57%	419	36,50%	19	70,37%
Feminino	20327	56,43%	729	63,50%	8	29,63%
Total	36020	100,00%	1148	100,00%	27	100,00%

Fonte: elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Como no estudo realizado em San Diego não houve a análise dos atendimentos por gênero, não foi possível comparar com os resultados do hospital brasileiro. No que se refere ao gênero, não há consenso na literatura sobre qual sexo tende a utilizar os serviços de urgência e emergência com maior frequência. Desta forma, não é possível relacionar o gênero como um fator independente para se prever uma utilização mais frequente dos serviços de saúde (KRIEG *et al.*, 2016).

A idade média da população atendida no serviço de urgência e emergência da AHVN foi de 45,2 anos, enquanto a média da população brasileira é de 32,6 anos (IBGE, 2019). Evidencia-se, conforme gráfico 2, uma tendência de faixa etária mais elevada entre os pacientes que utilizam o serviço de urgência e emergência com maior frequência, assim como dos pacientes do sexo feminino se comparado com os do sexo masculino.

Gráfico 2 – Média de idade conforme perfil de utilização



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Ao avaliar a média de idade conforme perfil de utilização, identifica-se que os usuários ocasionais possuem idade média de 44,3 anos, os usuários frequentes 50,6 anos e os hiperutilizadores 50,7 anos.

Para LaCalle e Rabin (2010) o aumento da idade está diretamente ligado à necessidade de cuidados médicos, podendo relacionar-se ainda com a hiperutilização. Além disso, as doenças crônicas ou a piora na saúde física e mental podem estar associadas a hiperutilização (HUNT *et al.*, 2006).

Apesar de observar-se uma relação direta entre a maior utilização do serviço de urgência e emergência com uma média de idade mais elevada, 50,6 anos para usuários frequentes e 50,7 anos para hiperutilizadores, identifica-se que esta população não se caracteriza por uma população idosa.

Berchet (2015) indica que os indivíduos idosos são mais propensos a utilizar de forma mais frequente os serviços de urgência possivelmente por maiores necessidades de saúde. No entanto, independente do perfil de utilização, a população deste estudo se caracteriza por usuários adultos, não sendo possível confirmar esta hipótese.

O serviço de urgência e emergência da AHVN realizou 65.515 atendimentos no ano de 2018, uma média de aproximadamente 5.460 atendimentos mensais. Destacam-se os meses de agosto (10,33%) e fevereiro (7,01%) como os meses de maior e menor volume de atendimentos respectivamente. Ao avaliar a distribuição dos

atendimentos por perfil do usuário, identifica-se uma maior concentração de atendimentos de hiperutilizadores nos meses de fevereiro e março, com 13,19% e 10,88% dos atendimentos respectivamente.

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos por mês

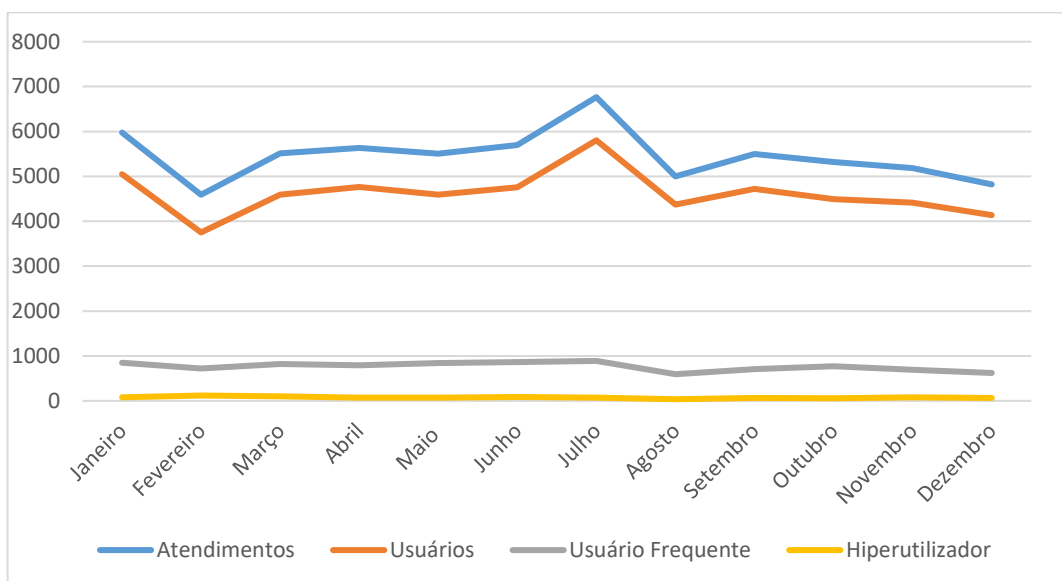
Competência	Usuário		Usuário Frequente		Hiperutilizador		Total	
	Atendimentos	%	Atendimentos	%	Atendimentos	%	Atendimentos	%
Janeiro	5051	9,11%	848	9,25%	79	8,72%	5978	9,12%
Fevereiro	3753	6,77%	719	7,84%	120	13,19%	4591	7,01%
Março	4591	8,28%	822	8,97%	99	10,88%	5512	8,41%
Abril	4763	8,59%	792	8,65%	76	8,33%	5631	8,59%
Maiο	4593	8,28%	841	9,18%	74	8,18%	5509	8,41%
Junho	4755	8,58%	862	9,41%	85	9,34%	5701	8,70%
Julho	5804	10,47%	890	9,72%	71	7,79%	6765	10,33%
Agosto	4369	7,88%	594	6,49%	37	4,09%	5000	7,63%
Setembro	4721	8,51%	709	7,74%	68	7,48%	5498	8,39%
Outubro	4494	8,10%	772	8,43%	58	6,40%	5324	8,13%
Novembro	4416	7,96%	692	7,56%	78	8,56%	5186	7,92%
Dezembro	4137	7,46%	620	6,77%	64	7,02%	4820	7,36%
Total	55446	100,00%	9163	100,00%	906	100,00%	65515	100,00%

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Entre os meses de maio e julho identifica-se um período sazonal com um maior volume de atendimentos. O aumento do volume de atendimentos pode estar associado à chegada do inverno, responsável pela queda drástica nas temperaturas no estado do Rio Grande do Sul, aspecto que faz com que sejam recorrentes os sintomas e a proliferação de doenças respiratórias como resfriados, gripes, rinossinusites e pneumonias.

No entanto, observa-se que o comportamento relacionado à utilização do serviço de urgência e emergência por usuários frequentes e hiperutilizadores tende a não seguir o mesmo padrão dos usuários ocasionais e da sazonalidade. Hunt *et al.* (2006), indicam que a utilização inapropriada do serviço de urgência e emergência está associada aos usuários que subestimam a importância dos cuidados regulares de saúde. Desta forma, a ausência desses cuidados regulares e de condições clínicas suscetíveis à atenção básica, podem ocasionar um comportamento de utilização diferente dos demais usuários ocasionais.

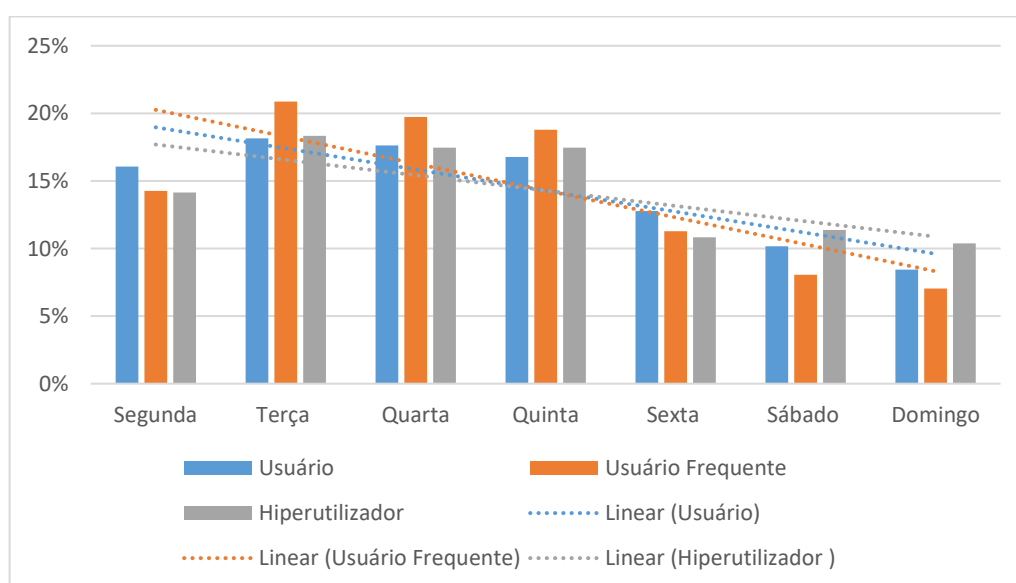
Gráfico 3 – Distribuição dos atendimentos conforme perfil de utilização



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Analisando a distribuição dos atendimentos ao longo da semana, identifica-se que a terça-feira é o dia com maior volume. Além disso, verifica-se uma tendência de que o volume de atendimentos diminua gradualmente ao longo da semana, mantendo-se uma média de atendimentos superior nos dias úteis se comparado ao final de semana.

Gráfico 4 – Distribuição dos atendimentos de acordo com o dia da semana



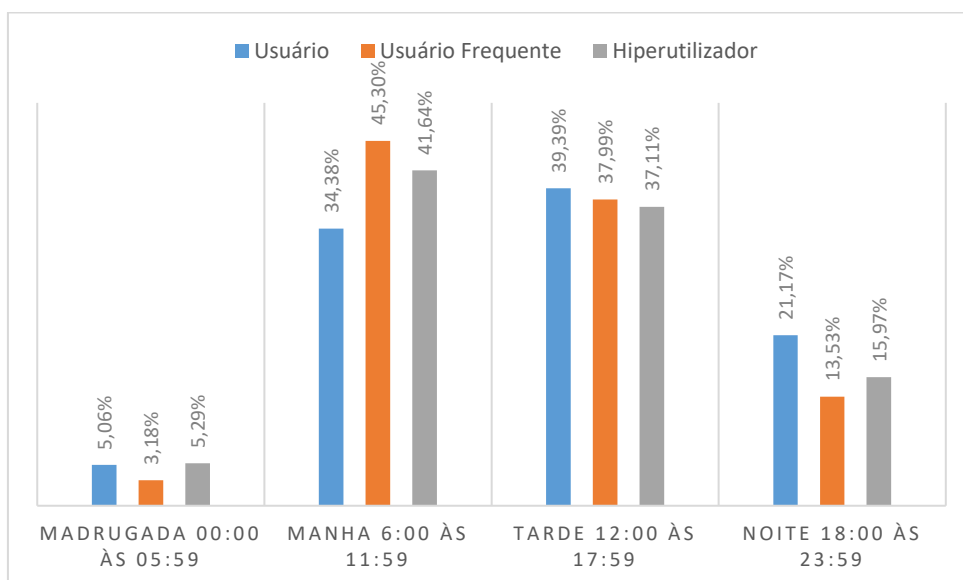
Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Ao avaliar a utilização do serviço de urgência e emergência conforme o perfil de utilização e os dias da semana, não se identificou mudanças significativas entre os três grupos de pacientes, ocorrendo a maior concentração de atendimentos nos dias úteis.

Observou-se que as unidades básicas de saúde do município de Porto Alegre possuem a prática de fechamento das unidades para reuniões semanais de equipe, dentre as quais 88% ocorrem entre terça e quinta-feira (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2019). Esta prática pode estar diretamente relacionada com a maior concentração de atendimentos entre terça e quinta-feira no serviço de urgência e emergência da AHVN.

Analisando os horários em que ocorreram os atendimentos, identifica-se que 79,65% ocorrem no período diurno, sendo o turno da manhã o que concentra o maior de atendimentos com 43,29%, seguido do turno da tarde com 36,36%.

Gráfico 5 – Distribuição dos atendimentos por turno



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Para Paul *et al.* (2010) ao avaliarem a utilização freqüente em um hospital geral em Singapura, identificaram que o maior volume de atendimentos ocorre no período pós-laboral, entre as 16h e a 00h. Observa-se que o perfil de utilização no serviço de urgência e emergência da AHVN não apresenta o mesmo padrão de utilização, sendo que 79,65% dos atendimentos ocorre no período das 6h às 18h.

Lima *et al.* (2015) identificaram que a ausência de atendimento no turno noturnos e aos finais de semana das unidades básicas de saúde são fatores para a utilização inadequada dos serviços de urgência. Ao avaliar os resultados do estudo no serviço de urgência e emergência da AHVN, identificou-se que o maior volume de atendimentos ocorre no período diurno e durante os dias de semana.

No que tange a origem dos pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência, identifica-se que 96,59% dos pacientes são residentes no município de Porto Alegre. Os usuários de outros municípios realizaram 3,17% dos atendimentos, podendo destacar os municípios de Viamão (1,01%) e Alvorada (0,49%) que apresentaram pacientes classificados nos três grupos avaliados neste estudo. Os municípios de Viamão e Alvorada são limítrofes a Porto Alegre, ficando a 17,2km e 27,6km distantes, respectivamente, da AHVN.

Tabela 5 – Atendimentos por município

MUNICÍPIO	USUÁRIO		USUÁRIO FREQUENTE		HIPERUTILIZADOR		TOTAL	
	Atendimentos	%	Atendimentos	%	Atendimentos	%	Atendimentos	%
PORTO ALEGRE	53554	96,59%	9028	98,53%	856	94,48%	63438	96,83%
VIAMÃO	572	1,03%	64	0,70%	27	2,98%	663	1,01%
ALVORADA	286	0,52%	10	0,11%	23	2,54%	319	0,49%
OUTRAS	1034	1,86%	61	0,67%		0,00%	1095	1,67%
TOTAL	55446	100%	9163	100%	906	100%	65515	100%

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Ao relacionar o perfil de utilização com o bairro de residência, identifica-se que quanto maior a proximidade ao serviço de urgência e emergência, maior é a probabilidade de utilização frequente. Citamos como exemplo o bairro Vila Nova, local, onde está localizado a AHVN, a qual possui 27,61% do volume de atendimentos e apresenta também 65,21% dos usuários frequentes e hiperutilizadores. Podemos mencionar ainda outros dois bairros muito próximos, Aberta dos Morros (11,10%) e Cavalhada (8,23%), que junto ao Vila Nova, representam 46,94% do volume total de atendimentos no serviço de urgência e emergência da AHVN.

Tabela 6 – Distribuição de atendimento por bairros de Porto Alegre

BAIRRO	USUÁRIO		USUÁRIO FREQUENTE		HIPERUTILIZADOR		TOTAL	
	Atendimentos	%	Atendimentos	%	Atendimentos	%	Atendimentos	%
VILA NOVA	13.986	26,12%	3.282	36,35%	247	28,86%	17.515	27,61%
ABERTA DOS MORROS	5.869	10,96%	1.127	12,48%	47	5,49%	7.043	11,10%
CAVALHADA	4.416	8,25%	773	8,56%	31	3,62%	5.220	8,23%
RESTINGA	3.153	5,89%	441	4,88%	25	2,92%	3.619	5,70%
BELEM VELHO	2.671	4,99%	377	4,18%	115	13,43%	3.163	4,99%
CAMAQUA	2.196	4,10%	282	3,12%	38	4,44%	2.516	3,97%
TRISTEZA	1.766	3,30%	299	3,31%	62	7,24%	2.127	3,35%
CRISTAL	1.316	2,46%	212	2,35%		0,00%	1.528	2,41%
LOMBA DO PINHEIRO	1.316	2,46%	185	2,05%	21	2,45%	1.522	2,40%
NONOAI	1.201	2,24%	180	1,99%	63	7,36%	1.444	2,28%
BELEM NOVO	1.098	2,05%	160	1,77%	21	2,45%	1.279	2,02%
CASCATA	1.039	1,94%	128	1,42%		0,00%	1.167	1,84%
SERRARIA	987	1,84%	172	1,91%		0,00%	1.159	1,83%
HIPICA	1.021	1,91%	79	0,88%		0,00%	1.100	1,73%
LAMI	919	1,72%	54	0,60%	99	11,57%	1.072	1,69%
SANTA TEREZA	795	1,48%	59	0,65%		0,00%	854	1,35%
IPANEMA	708	1,32%	126	1,40%		0,00%	834	1,31%
ESPIRITO SANTO	684	1,28%	130	1,44%		0,00%	814	1,28%
PONTA GROSSA	708	1,32%	94	1,04%		0,00%	802	1,26%
TERESOPOLIS	635	1,19%	91	1,01%		0,00%	726	1,14%
VILA JOAO PESSOA	633	1,18%		0,00%		0,00%	633	1,00%
GUARUJA	459	0,86%	55	0,61%		0,00%	514	0,81%
RUBEM BERTA	467	0,87%	46	0,51%		0,00%	513	0,81%
PARTENON	367	0,69%	60	0,66%		0,00%	427	0,67%
SAO JOSE	314	0,59%	36	0,40%	26	3,04%	376	0,59%
VILA CONCEICAO	264	0,49%	69	0,76%		0,00%	333	0,52%
PROTASIO ALVES	295	0,55%	30	0,33%		0,00%	325	0,51%
AGRONOMIA	208	0,39%	57	0,63%	29	3,39%	294	0,46%
SARANDI	283	0,53%	6	0,07%		0,00%	289	0,46%
CHAPEU DO SOL	256	0,48%	27	0,30%		0,00%	283	0,45%
BOM JESUS	218	0,41%	30	0,33%	32	3,74%	280	0,44%
CENTRO HISTORICO	199	0,37%	53	0,59%		0,00%	252	0,40%
RESTINGA	197	0,37%	19	0,21%		0,00%	216	0,34%
OUTROS	2.919	5,44%	289	3,21%		0,00%	3.199	5,06%
TOTAL	53.554	100%	9.028	100%	856	100%	63.438	100%

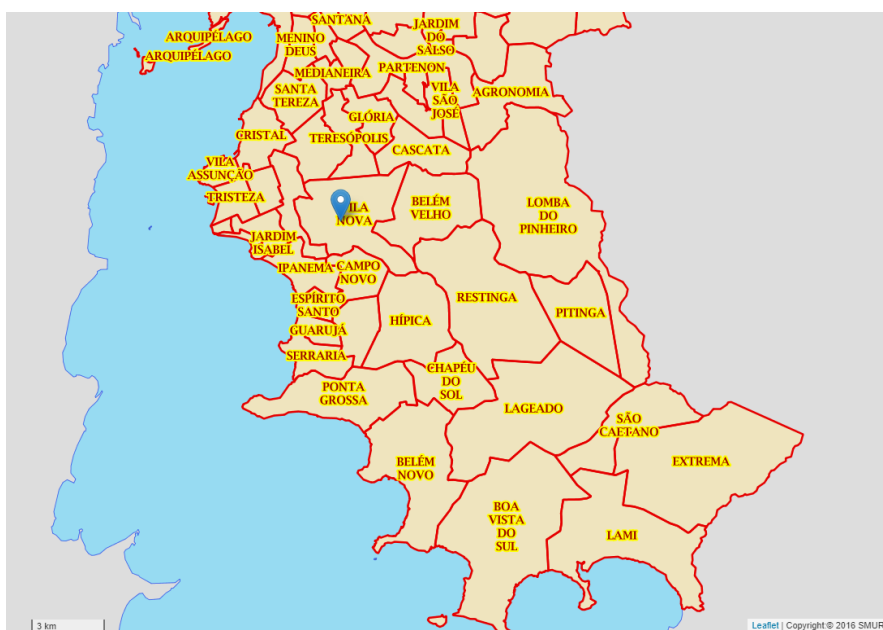
Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no SIGH, 2019.

Ressalta-se que nos 13 bairros mais representativos, com 77,73% no volume total de atendimentos, há 38 unidades básicas de saúde (Anexo I) com horário de

atendimento entre às 7h e às 22h. Desta forma, a hipótese do horário de funcionamento impactar na utilização inadequada do serviço de urgência e emergência não se confirma neste estudo.

Neuman *et al.* (2014) ao avaliarem as características que influenciam a frequente utilização em um serviço de emergência, identificaram que os usuários que residem mais próximos tendem a utilizar o serviço com maior frequência. Ao comparar este estudo com os resultados encontrados no serviço de urgência e emergência do AHVN é possível identificar o mesmo comportamento, assim como a utilização tende a reduzir conforme a distância entre a residência e serviço de urgência e emergência aumenta.

Figura 2 – Mapa da Zona Sul de Porto Alegre/RS



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2019.

Apesar da AHVN integrar a RAS, estando habilitada como porta de entrada na RUE, não há mecanismos organizados e regulados de contrarreferência com os demais níveis de atenção, podendo tal situação estimular a utilização inadequada do serviço. Em geral, os pacientes recebem tratamento para resolver os sintomas e não há direcionamento para a APS após o término do atendimento no serviço de urgência e emergência. No entanto, o esperado é o encaminhamento do usuário para a continuidade do atendimento na APS, proporcionando adequado atendimento a partir do conhecimento pregresso do seu estado de saúde e tratamentos passados.

6. CONCLUSÕES

O principal objetivo deste estudo era identificar as características dos usuários frequentes e hiperutilizadores, estabelecendo o perfil destes utilizadores para possibilitar a elaboração de modelos que possam prever a utilização e, desse modo, distribuir os recursos, oportunizando a redução dos custos e o aumento da qualidade do serviço de urgência e emergência.

Em 2018, foram utilizados 65.515 atendimentos no serviço de urgência e emergência da AHVN por um total de 37.195 pacientes. Desse total, 36.028 pacientes foram classificados como usuários, 1.139 como usuários frequentes e 28 como hiperutilizadores. O usuário frequente caracteriza-se por ser do sexo feminino, com idade média de 50,6 anos e realiza em média 8,04 atendimentos ao ano. Já o hiperutilizador é um indivíduo do sexo masculino, idade média de 50,7 anos e realiza 32,35 atendimentos em média ao ano. Os usuários frequentes e os hiperutilizadores, apesar de representarem apenas 3,14% dos pacientes, foram responsáveis por 15,37% do volume total de atendimentos do serviço.

Identificou-se que a média de atendimentos entre os usuários frequentes e hiperutilizadores foi de 8,04 e 32,35, respectivamente. Ao comparar a demanda gerada por estes grupos com os parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde para dimensionar o volume de consultas/atendimentos, observou-se que os usuários frequentes e hiperutilizadores consomem um volume muito superior de consultas se comparado ao parâmetro utilizado, podendo esse comportamento contribuir para a superlotação dos serviços de urgência e emergência.

Ao avaliar o perfil de utilização com o local de residência dos pacientes, identificou-se que quanto maior a for a proximidade, maior é a probabilidade de utilização do serviço de urgência e emergência pelos usuários frequentes e hiperutilizadores. Identificou-se também que a tendência de utilização entre os usuários frequentes e hiperutilizadores diminui conforme a aumenta a distância entre o serviço e a residência. O bairro Vila Nova, por exemplo, local onde está localizada a AHVN, possui 65,21% dos usuários frequentes e hiperutilizadores, sendo que o bairro apresenta apenas 27,61% do volume total de atendimentos.

Os usuários do serviço de urgência e emergência da AHVN, independente do perfil de utilização, tendem a recorrer ao serviço durante a semana e no período diurno, exatamente no mesmo período em que a unidades básicas de saúde estão

abertas. Em termos numéricos, identificou-se que 79,65% dos atendimentos ocorrem no período diurno, sendo o turno da manhã o que concentra o maior de atendimentos com 43,29%, seguido do turno da tarde com 36,36%. Desta forma, não há relação entre o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde e o aumento no volume de atendimentos no serviço de urgência e emergência.

Observou-se neste estudo a ausência de contrarrefência com os demais níveis de atenção, mesmo a AHNV estando integrada a RAS e possuindo habilitação na RUE como porta de entrada. Essa situação tende a estimular a utilização inadequada do serviço de urgência e emergência, já que não há a continuidade do atendimento na APS.

Este estudo limitou-se a analisar os dados do serviço de urgência e emergência da AHNV, mas acredita-se na possibilidade da realização de estudos futuros com outros serviços de urgência e emergência para comparar e confirmar as considerações as quais apresenta-se neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, 2(2), pp. 141-4, 2011.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v. 53 n. 5, pp. 941-973, 1963.
- ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA. Estatuto social. Porto Alegre, AHVN, 2004.
- AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajioro; PEREIRA, Ana Paula; LEMOS, Carolina; COELHO, Mônica Franco; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Organização de serviços de emergência hospitalar: Uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>. Acesso em: 4 abr. 2019.
- BARRETO, Renato de Freitas; GOMES, Carlos Zair Lima; SILVA, Rosa Maria da; SIGNORELLI, Andreza Aparecida F.; OLIVEIRA, Lucas Felix de; CAVELLANI, Camila Lourencini; & RIBEIRO, Sônia Beatriz Félix. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 213-219, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000300004. Acesso em: 6 out. 2019.
- BERCHET, C. **Emergency Care Services**: Trends, drivers and interventions to manage the demand. Paris: OECD Publishing, 2015.
- BILLINGS, J.; RAVEN, M. C. Dispelling an urban legend: frequent emergency department users have substantial burden of disease. **Health Aff.** 2013.
- BRASIL. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 21 mai. 2019.
- _____. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 mai 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e**

Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Crítérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 2 set. 2019.

BIANCO, A.; PILEGGI, C.; ANGELILLO I. F. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. **Public Health**, 117(4), pp. 250-5, 2003.

BÖRZEL, T. **¿Qué tienen de especial los policy networks?** Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea. 1ª ed.1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000075&pid=S0103-8478201300020003000002&lng=es. Acesso em: 05 maio 2019.

CARRET, M. L.; FASSA A. G.; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC health services research**, 7:131, 2007.

CASTELLS, Manuel. A era da informação: economia, sociedade e cultura. In: **A Sociedade em rede**. Vol. 1. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CASTILLO, E. D.; BRENNAN, J. J.; KILLEN, J. P.; CHAN, T. C. Identifying Frequent Users of Emergency Department Resources. **Journal of Emergency Medicine**, Volume 47, Issue 3, pp. 343 – 347, 2014.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, pp. 2893-2902, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em: 5 out. 2019.

CHRIST, M.; GROSSMAN, F.; WINTER. D.; BINGISSER, R.; PLATZ, E. Modern Triage in the Emergency Department. **Deutsches Ärzteblatt International**, 107(50), pp. 892-898, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.415**, de 10 de março de 1995. São Paulo, 1995. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 30 maio 2019.

CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de risco na urgência.** Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

COSTER, J. E.; TURNER, J. K.; BRADBURY, D. & CANTRELL, A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic

Literature Search and Narrative Synthesis. **Academic Emergency Medicine**: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 24(9), pp. 1137–1149, 2017.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis**, 23(2), pp. 345-69, jun. 2013.

GOMIDE, M. F. S; PINTO, I. C.; GOMIDE, D. M. P; Zacharias, F. C. M. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina** (Ribeirão Preto), 45(1), pp. 31-8, 2012.

HONIGMAN, L. S.; WILER, J. L.; ROOKS, S. & GINDE, A. A. National Study of Non-Urgent Emergency Department Visits and Associated Resource Utilization. **Western Journal of Emergency Medicine**: Integrating Emergency Care with Population Health, 14(6), 2013. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/1k92g70r>. Acesso em: 30 maio 2019.

HE, J.; HOU, X.-Y.; TOLOO, S.; PATRICK, J. R. & FITZ GERALD, G. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. **World Journal of Emergency Medicine**, 2(4), p. 253, 2011.

HUNT K. A.; WEBER E. J.; SHOWSTACK J. A.; COLBY D. C.; CALLAHAM M. L. Characteristics of frequent users of emergency departments. **Ann Emerg Med**, 48(1), pp. 1-8, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 9 jul. 2019.

IUNES, Roberto. Demanda e Demanda em Saúde. In: PIOLA, Sergio F; VIANNA, Solon M. (orgs.). **Economia da Saúde**: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília, IPEA, 1995.

JEFFERS, J.R.; BOGNANNO, M.F. e BARTLETT, J.C. On the demand versus need for medical services and the concept of "Shortage". **American Journal of Public Health**, v. 61, n. 1, pp. 46-63, 1971.

KRIEG, C.; HUDON, C.; CHOUINARD, M. C. & DUFOUR, I. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. **BMC Health Services Research**, 16(1), p. 594, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1852-1>. Acesso em: 02 jul. 2019.

LACALLE E., RABIN E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. **Annals of Emergency Medicine Journal**, 56(1), pp. 42-8, 2010.

LACALLE, E. J.; RABIN, E. J. & GENES, N. G. High-frequency users of emergency department care. **The Journal of Emergency Medicine**, 44(6), pp. 1167–1173, 2013.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, pp. 635-656, Junho 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200635&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2019.

LOCKER, T. E.; BASTON, S.; MASON, S. M.; & NICHOLL, J. Defining frequent use of an urban emergency department. **Emergency Medicine Journal: EMJ**, 24(6), pp. 398–401, 2007.

LOWE, R. A.; PINES, J. M.; ASPLIN, B. R.; KAJI, A. H.; MAGID, D. J.; RAVEN, M.; YEALY, D. M. Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. **Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine**, 18(6), pp. 64-9, 2011.

MALIK, A. M. Oferta em Serviços de Saúde. **Revista USP**, São Paulo, v. 51, pp. 146-156, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORALES, N. Algunas consideraciones para la organización de servicios de salud para emergencias y desastres. **An Facultad Medi**, Lima, v.62, n.1, pp.1-12, 2001.

NASCIMENTO, Carlos Miguel Lopes do. **Utilizadores frequentes do serviço de urgência pediátrico**: Realidade ou Mito? Dissertação (Mestrado em Informática Médica). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2017.

NEUMAN, M. I.; ALPERN, E. R.; HALL, M.; KHARBANDA, A. B.; SHAH, S. S.; FREEDMAN, S. B.; BERRY, J. G. (2014). Characteristics of recurrent utilization in pediatric emergency departments. **Pediatrics**, 134(4), pp. 1025-31, 2014.

NEVES, Rosália Garcia et al . Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 27, n. 3, 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237. Acesso em: 05 out. 2019.

OLIVEIRA, A. Hiper utilizadores e urgência. **Acta Medica Portuguesa**, 21(6), pp. 553–558, 2008.

PAUL, P.; HENG, B. H.; SEOW, E.; MOLINA, J.; & TAY, S. Y. (2010). Predictors of frequente attenders of emergency department at an acute general hospital in Singapore. **Emergency Medicine Journal: EMJ**, 27(11), pp. 843–8, 2010.

PEREIRA, João. Glossário de Economia da Saúde. *In*:. PIOLA, Sergio F; VIANNA, Solon M. (orgs.). **Economia da Saúde**: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília: IPEA, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre. **Mapa Oficial de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://mapas.procempa.com.br/mapaoficial/>. Acesso em: 19 jul. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão - 2016**. Porto Alegre, RS, 2016. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf. Acesso em: 1 out. 2019.

SACOMAN, Thiago Marchi; BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro; ANDREZZA, Rosemarie; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 354-367, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200354. Acesso em: 6 out. 2019.

SILVA, Ana Catarina Marques da. **Perfil dos Utilizadores das Urgências**: Um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina), Covilhã, 2012.

SLANKAMENAC, K.; ZEHNDER, M.; LANGNER, T. O.; KRÄHENMANN, K.; KELLER, D. I. Recurrent Emergency Department Users: Two Categories with Different Risk Profiles. **J. Clin. Med.**, 8, p. 333, 2019.

SOUZA, Mariana de Figueiredo; FIGUEIREDO, Luana Alves de; PINTO, Ione Carvalho. Análise da utilização do serviço de pronto-atendimento na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Brasil, Jan/Mar, 2010.

TSAL, J. C. H.; LIANG, Y. W.; PEARSON, W. S. Utilization of Emergency Department in Patients With Non-urgent Medical Problems: Patient Preferences and Emergency Department Convenience. **Journal of the Formosan Medical Association**, 109(7), pp. 533-542, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization. **Technical Brief** nº 1, 2008. Disponível em: https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf. Acesso em: 19 jul. 2019.

ANEXO I – RELAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE PRÓXIMAS AO AHVN

BAIRRO	UNIDADE	HORÁRIO DE ATENDIMENTO
ABERTA DOS MORROS	UNIDADE DE SAÚDE CAMPO NOVO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
ABERTA DOS MORROS	UNIDADE DE SAÚDE MORADAS DA HIPICA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
BELEM NOVO	UNIDADE DE SAÚDE BELEM NOVO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 18H
BELEM NOVO	UNIDADE DE SAÚDE PAULO VIARO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
BELEM VELHO	UNIDADE DE SAÚDE BELEM VELHO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
BELEM VELHO	UNIDADE DE SAÚDE NOSSA SENHORA DE BELEM	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
BELEM VELHO	UNIDADE DE SAÚDE RINCAO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CAMAQUA	UNIDADE DE SAÚDE CAMAQUA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 20H
CAMAQUA	UNIDADE DE SAÚDE SAO GABRIEL	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CAMAQUA	UNIDADE DE SAÚDE SAO VICENTE MARTIR	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CASCATA	UNIDADE DE SAÚDE ALTO EMBRATEL	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CASCATA	UNIDADE DE SAÚDE ESTRADA DOS ALPES	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CASCATA	UNIDADE DE SAÚDE JARDIM CASCATA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 07H ÀS 17H
CASCATA	UNIDADE DE SAÚDE PRIMEIRO DE MAIO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CAVALHADA	UNIDADE DE SAÚDE CIDADE DE DEUS	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CAVALHADA	UNIDADE DE SAÚDE JARDIM DAS PALMEIRAS	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CRISTAL	UNIDADE DE SAÚDE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
CRISTAL	UNIDADE DE SAÚDE VILA CRUZEIRO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
LAMI	UNIDADE DE SAÚDE LAMI	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
LOMBA DO PINHEIRO	UNIDADE DE SAÚDE INDIGENA - ALDEIA KAINGANG FAG	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
LOMBA DO PINHEIRO	UNIDADE DE SAÚDE LOMBA DO PINHEIRO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
LOMBA DO PINHEIRO	UNIDADE DE SAÚDE MAPA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 18H
LOMBA DO PINHEIRO	UNIDADE DE SAÚDE PANORAMA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 20H

LOMBA PINHEIRO	DO	UNIDADE DE SAUDE SANTA HELENA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
LOMBA PINHEIRO	DO	UNIDADE DE SAUDE SAO PEDRO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
NONOAI		UNIDADE DE SAUDE ALTO ERECHIM	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
NONOAI		UNIDADE DE SAUDE NONOAI	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 18H
RESTINGA		CLINICA DA FAMILIA JOSÉ MAURO CERATTI LOPES	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 20H
RESTINGA		UNIDADE DE SAUDE CHACARA DO BANCO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
RESTINGA		UNIDADE DE SAUDE MACEDONIA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
RESTINGA		UNIDADE DE SAUDE NUCLEO ESPERANCA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
RESTINGA		UNIDADE DE SAUDE PITINGA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
RESTINGA		UNIDADE DE SAUDE QUINTA UNIDADE	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
RESTINGA		UNIDADE DE SAUDE RESTINGA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 07H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 18H
TRISTEZA		UNIDADE DE SAUDE TRISTEZA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 07H ÀS 22H
VILA NOVA		UNIDADE DE SAUDE CALABRIA	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 18H
VILA NOVA		UNIDADE DE SAUDE CAMPOS DO CRISTAL	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 17H
VILA NOVA		UNIDADE DE SAUDE MONTE CRISTO	DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08H ÀS 12H E DAS 13H ÀS 18H

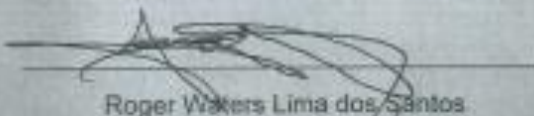
Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2019).

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Prezado Senhor Jalmir Pin,

Solicito sua autorização para a realização do projeto de pesquisa intitulado "Usuários Frequentes em um Serviço de Urgência e Emergência: Características e Fatores Associados a Utilização" de autoria do acadêmico Roger Waters Lima dos Santos e orientado pela Profª. Dra. Ana Maria Malik, na Associação Hospitalar Vila Nova – AHVN. Este projeto tem como objetivo identificar o padrão de utilização dos usuários, em especial os usuários frequentes e hiperutilizadores, do serviço de urgência e emergência do AHVN. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – CEPH/FGV em 05 de julho de 2019, sendo dispensado de análise pelo comitê pelo fato da pesquisa não suscitar questões éticas relevantes. A autorização poderá ser retirada a qualquer momento, sem qualquer tipo de cobrança.

Porto Alegre, 08 de julho de 2019



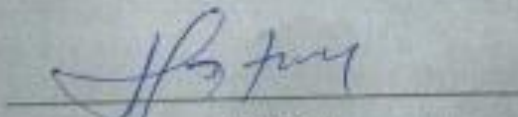
Roger Waters Lima dos Santos

Pesquisador Responsável

Solicitação

☒ Aprovada ☐ Negada

Porto Alegre, 08 Julho 2019



Jalmir Pin

Superintendente

Associação Hospitalar Vila Nova