UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – SP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

SUELI REGINA ALVES DE MELO

Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP

Description and appraisal of frequent users (hyper users) of public immediacy/emergency needs of service in Monte Alto county/SP

Ribeirão Preto
2018

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós-Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Sueli Regina Alves de Melo

Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Júnior

Ribeirão Preto – SP
11/2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Melo, Sueli Regina Alves de

Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP. Ribeirão Preto – SP- 2018.

96 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Júnior

1. Usuários frequentes; 2. Hiperutilizadores; 3. Serviço de urgência

FOLHA DE APROVAÇÃO

Melo, Sueli Regina Alves de

Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações de Saúde.

Aprovado em: _____/_____/_____.

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

DEDICO,

Esta conquista ao meu amado filho ***Patrick*** *(in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

*À **Deus** pelo dom da vida, por esta conquista e pelas oportunidades.*

*À **minha família** pelo apoio, paciência e compreensão.*

*Ao meu orientador **Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Júnior** por acreditar que eu seria capaz, pelo apoio e atenção durante todo o processo.*

*Ao meu co-orientador **Prof. Dr. Rui Pedro Charters Lopes Rijo** pela colaboração, atenção e apoio.*

*À Prof. **Drª Alessandra Mazzo** pela colaboração e apoio.*

*À **Universidade de São Paulo- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, pela oportunidade do Curso de Mestrado.*

*À **Prefeitura Municipal de Monte Alto** por colocar a rede de saúde de Monte Alto à disposição para a pesquisa.*

*Às colaboradoras **Solange Alves de Melo, Maridelia Ferreira Silva Lima, Claudia Eliciane Barbosa Fumis e Sabrina Fransolim da Silva**.*

*A todos os **agentes comunitários de saúde** do Município de Monte Alto pela colaboração.*

"Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. "

Cora Coralina

CAPITULO 2

LISTA DE ABREVIATURAS

FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
JBI	Joanna Briggs Institute
PNAU	Politica Nacional de Atenção ás Urgência
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 Descrição do processo de seleção dos estudos da *Scoping Review*..... 21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Descrição dos estudos segundo título, autoria, periódico, ano e objetivo..... 22

Quadro 2 Estudos analisados conforme os principais resultados e conclusões encontrados..... 24

Quadro 3 Características descritas pelos autores com relação aos hiperutilizadores..... 25

CAPITULO 3

LISTA DE ABREVIATURAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTAS	Canadian Emergency Department Triage and acuity Scale
ESI	Emergency Severity Index
MAT	Model Andorra de Triaje
MTS	Manchester Triage System
NTS	National Triage Scale
PNAB	Politica Nacional de Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa saúde da Família
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 Dados de atendimento, infraestrutura e recursos humanos no serviço de atendimento de urgência do SUS do município de Monte Alto/SP de agosto de 2015 a agosto de 2016..... 36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Impacto Financeiro dos usuários frequentes/hiperutilizadores considerados não urgentes no serviço de urgência..... 42

Tabela 2 Quantidade de atendimentos dos usuários frequentes/ hiperutilizadores por queixas..... 44

Tabela 3 Não conformidades dos prontuários..... 46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Quantidade de usuários frequentes por número de visitas/ano..... 39

Gráfico 2 Classificação de risco dos pacientes do período estudado..... 40

Gráfico 3 Classificação de risco dos usuários frequentes/ hiperutilizadores do período estudado..... 40

Gráfico 4 Classificação dos usuários frequentes/hiperutilizadores por horário de atendimento..... 41

Gráfico 5 Perfil do estado civil dos usuários frequentes/ hiperutilizadores..... 42

Gráfico 6 Perfil da idade dos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 43

Gráfico 7 Incidência de usuários frequentes/hiperutilizadores por bairros..... 43

Gráfico 8 Perfil de atendimentos dos usuários frequentes/ hiperutilizadores por queixas..... 45

CAPITULO 4

INDICE DE ABREVIATURAS

AAE	Amostra Aleatória Estratificada
APDSI	Associação de Promoção e Desenvolvimento da Sociedade de Informação
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRM	Customer Relationship Management
CROSS	Central Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP	Faculdade Medicina Ribeirão Preto
PRM	Patient Relationship Management
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SIM	Sistema de Informação em Marketing
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia de Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição geográfica dos serviços de saúde do município de Monte Alto/SP..... 59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Quantidade de amostra por estratos..... 61
Quadro 2 Sorteio de pacientes por número de cada estrato..... 62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Quantidade de pacientes por número de consultas..... 60

Gráfico 2 Perfil de escolaridade dos usuários frequentes/ hiperutilizadores por grupo..... 66

Gráfico 3 Perfil de uso de tabaco dos usuários frequentes / hiperutilizadores por número de consultas..... 67

Gráfico 4 Preferência dos usuários frequentes / hiperutilizadores por tipo de tabaco por grupo..... 67

Gráfico 5 Quantidade de uso de tabaco pelos usuários frequentes/hiperutilizadores por unidades/dia por grupo..... 68

Gráfico 6 Perfil do uso de álcool dos usuários frequentes/ hiperutilizadores por dose por grupo..... 69

Gráfico 7 Quantidade de usuários frequentes/hiperutilizadores que fazem uso de álcool por grupo..... 69

Gráfico 8 Preferência do tipo de bebida dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo..... 70

Gráfico 9 Perfil da situação profissional dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo..... 71

Gráfico 10 Perfil de renda familiar dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo..... 71

Gráfico 11 Perfil de quantidade de filhos dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo..... 72

Gráfico 12 Quantidade de pessoas por domicilio por grupo..... 72

Gráfico 13 Perfil epidemiológico dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo..... 73

Gráfico 14 Situações consideradas urgências pelos usuários frequentes/ hiperutilizadores..... 74

Gráfico 15 Perfil de uso de medicamentos anti-hipertensivos dos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 75

Gráfico 16 Perfil de uso de medicamentos anti-glicemiantes dos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 76

Gráfico 17 Profissionais que realizam visita domiciliar aos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 77

Gráfico 18 Avaliação dos profissionais que realizam as visitas domiciliares pelos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 77

Gráfico 19 Percepção dos usuários frequentes quanto às visitas domiciliares..... 78

Gráfico 20 Avaliação dos profissionais das Unidades de Saúde pelos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 79

Gráfico 21 Avaliação da efetividade do atendimento dos profissionais das Unidades de Saúde pelos usuários frequentes/ hiperutilizadores..... 79

Gráfico 22 Avaliação dos profissionais do Ambulatório de Especialidades pelos Usuários frequentes/hiperutilizadores..... 80

Gráfico 23 Avaliação da efetividade do atendimento dos profissionais do Ambulatório de Especialidades pelos usuários frequentes/ hiperutilizadores..... 81

Gráfico 24 Principais motivos pela procura dos usuários frequentes ao serviço de urgência por grupo..... 82

Gráfico 25 Avaliação dos profissionais do serviço de urgência pelos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 83

Gráfico 26 Avaliação da efetividade do atendimento dos profissionais do serviço de urgência pelos usuários frequentes/ hiperutilizadores..... 83

Gráfico 27 Avaliação do serviço de urgência por categoria pelos usuários frequentes/hiperutilizadores..... 84

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	**APRESENTAÇÃO.....**	**16**
CAPÍTULO 2	**Hiperutilizadores dos serviços de urgência: revisão integrativa.....**	**17**
1	**INTRODUÇÃO.....**	**18**
2	**OBJETIVOS.....**	**19**
3	**METODOLOGIA.....**	**20**
4.	**RESULTADOS.....**	**21**
5.	**DISCUSSÃO.....**	**24**
6.	**CONCLUSÃO.....**	**26**
	REFERÊNCIAS.....	**27**
CAPITULO 3	**Caracterização do perfil dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/ emergência do município de Monte Alto/SP.....**	**30**
1.	**INTRODUÇÃO.....**	**31**
2.	**OBJETIVO.....**	**35**
3.	**METODOLOGIA.....**	**35**
3.1	Local do estudo.....	36
3.2	Coleta e análise de dados.....	37
3.3	Aspectos éticos.....	38
4.	**RESULTADOS.....**	**38**
5.	**DISCUSSÃO.....**	**46**
6.	**CONCLUSÃO.....**	**48**
	REFERÊNCIAS.....	**49**
CAPITULO 4	**Avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP: *Patient Relationship Management* (PRM) como estratégia para reorganização da atenção básica.....**	**53**
1.	**INTRODUÇÃO.....**	**54**
2	**OBJETIVOS.....**	**57**
2.1	Objetivo Geral.....	57

2.2 Objetivos Especificos..... 57
3. METODOLOGIA..... 58
3.1 Tipo de estudo..... 58
3.2 Local do estudo..... 58
3.3 Coleta de dados..... 59
3.4 População e Amostra..... 60
3.5 Analise dos dados..... 64
3.6 Aspectos éticos..... 64

4. RESULTADOS..... 64

5. DISCUSSÃO..... 84

6. CONCLUSÃO..... 87

REFERÊNCIAS..... 87

ANEXOS..... 90

CAPITULO 1

APRESENTAÇÃO

A escolha da dissertação foi feita de acordo com o artigo 7, parágrafo 3 da Portaria Normativa, publicada no Diário Oficial da União em 22 de junho de 2009, que trata dos produtos originários do Programa de Mestrado Profissional da FMRP/USP, sendo que foi considerado que a entrega na forma de artigo beneficia o leitor a um melhor entendimento.

Este estudo contribuirá para o município de Monte Alto e para outros, pois traz a realidade dos serviços de urgência e emergência, colaborando para a tomada de decisões dos gestores para a reorganização do fluxo e efetivação de rede de atenção básica.

O capítulo 2 traz uma revisão integrativa discutindo a definição do que são os hiperutilizadores dos serviços de urgências, revendo os motivos, as implicações e as possibilidades de intervenção neste tipo de usuário.

O capítulo 3 mostra uma pesquisa quantitativa sobre o perfil dos usuários do Pronto Socorro do município de Monte Alto/SP com levantamento de dados de 12 meses, caracterizando os hiperutilizadores.

O capítulo 4 aborda uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas com os hiperutlizadores para entender os motivos do uso excessivo do serviço de urgência e da falta de seguimento clínico que deveria ser a tônica deste tipo de usuário.

O leitor poderá ao longo da leitura conhecer a realidade e os motivos da procura dos pacientes não urgentes no serviço de urgência e as importantes ferramentas para estabelecer um vínculo com estes usuários para que se conscientizem e utilizem o serviço de urgência quando for realmente necessário.

CAPÍTULO 2

Hiperutilizadores dos serviços de urgência: revisão integrativa

Immediacy service hyper-users: integrative review

Sueli Regina Alves de Melo[1], Gerson Alves Pereira Júnior[2]

[1]Mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

[2]Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru-SP, Brasil.

Autor correspondente: Sueli Regina Alves de Melo
Secretaria de Saúde de Monte Alto
Rua Comendador Castro Ribeiro nº 141 Centro
CEP 15910000- Monte Alto- SP
Telefone: (16) 997992101
Email: sueliramelo2000@hotmail.com

Hiperutilizadores dos serviços de urgência: revisão integrativa

Resumo

O objetivo do presente estudo foi rever na literatura qual a definição de usuários frequentes/hiperutilizadores de serviços de urgência e emergência e conhecer as implicações destes usuários no serviço de urgência e emergência. Trata-se de um estudo realizado através Scoping Review, conforme a proposta do Joanna Briggs Institute (JBI). Resultados: Identificados 37 estudos e através da leitura do título e resumo, selecionados 27 para leitura na íntegra. Porém após a leitura detalhada foram excluídos 11 estudos que não apresentavam resultados e conclusões diretamente ligados à temática. Assim, a amostra final foi composta por 16 estudos. Entre estes, quatro eram brasileiros e escritos pelo mesmo autor. Não houve

consenso entre s autores quanto a definição do termo pesquisado, todavia indicaram como usuário frequente/hiperutilizador o paciente que utiliza o serviço de urgência e emergência mais de 3 vezes por ano. Conclusões: Há lacuna na literatura e não consenso sobre a temática. Há necessidade de mais estudos sobre o assunto para o delineamento de ações que possibilitem a melhora deste quadro.
Descritores: Usuários frequentes. Hiperutilizadores. Serviço de urgência.

Immediacy service hyper-users: integrative review

Abstract

The purpose of this study is to review the definition done by the literature of frequent / hyper-users of immediacy and emergency services and to know the involvement of such users in the immediacy and emergency services. This is a study conducted through Scoping Review (Revisão de Alcance) as proposed by Joanna Briggs Institute (JBI). Results: 37 studies were identified and by means of reading the titles and abstracts, 27 were selected as for thorough reading. However after the itemized reading, 11 studies that did not bring forward results and conclusions directly related to the thematic, they were excluded. So the final specimen was consisted of 16 studies. Four amongst these were Brazilian and written by the same author. There was no consensus between the authors regarding definition of the searched word, nevertheless they indicated as frequent / hyper-user the patient who uses the immediacy and emergency services more than thrice a year. Conclusions: There is a vacuity in literature and no agreement on this thematic. There are needs for further studies on the topic for the delineation of actions to make improvements possible for this picture.
Keywords: Frequent users. Hyper-users. Emergency service.

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define emergência como a situação de agravo à saúde que implica em sofrimento intenso e risco iminente de morte, exigindo assim tratamento imediato e define urgência como uma ocorrência de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica

imediata.[1]

Os serviços de atendimento as urgências e emergências seguem instituídos pela Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU) que define as unidades de pronto atendimento (UPAs) como estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar. Essas unidades tem o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica, resolvendo os casos de menor complexidade e contra referenciá-los ao local de continuidade do tratamento.[1] Caso a gravidade dos pacientes exceda a capacidade dos recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos das UPAs, após estabilização clínica deve encaminhá-los para um serviço de saúde de maior complexidade, por meio da Central de Regulação, que também deve definir qual o tipo de transporte.

Apesar destes serviços serem destinados aos casos de urgência a procura espontânea de casos clínicos que poderiam ser resolvidos na atenção primária, ocorre e é independentemente do nível de desenvolvimento econômico e social dos países.[1] Nos hospitais sem demanda regulada (de porta aberta), os prontos socorros têm o mesmo problema que ocorre nas UPAs.

Apesar da progressiva expansão da rede básica e da implantação da Estratégia de Saúde da Família, a demanda pelos serviços de urgência vem aumentando a cada dia.

O interesse pela temática ocorreu durante os anos de trabalho no serviço de urgência, onde se notou a superlotação e o atendimento de usuários repetidas vezes despertando a inquietação acerca do que seria o aceitável para o usuário ser atendido.

A superlotação do serviço de urgência sobrecarrega os profissionais envolvidos, onera o sistema de saúde, e prejudica quem realmente necessita do atendimento de urgência. O melhor entendimento do que seria um usuário hiperutilzador é essencial, pois a identificação do padrão de utilização pode ser útil para elaborar modelos de assistência que possam prever essa utilização e facilitar a distribuição dos recursos materiais e humanos, reduzindo os custos e aumentando a qualidade do serviço prestado.[2]

2 OBJETIVO

- Rever na literatura qual a definição de usuários frequentes/hiperutilizadores de serviços de urgência e emergência.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo realizado através *Scoping Review*, conforme a proposta do *Joanna Briggs Institute* (JBI).[3] Para a construção da pergunta da pesquisa aplicou-se a estratégia PCC, que representa uma mnemônica para População, Conceito e Contexto definindo assim: P – usuários de serviços de saúde; C – usuário frequente/hiperutilizadores.; C – urgência e emergência. Para a busca e seleção dos estudos foi estabelecida a seguinte questão norteadora: “Qual a definição de usuários frequentes/hiperutilizadores de serviços de urgência e emergência?”.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Google Acadêmico*. Para a busca foram definidos os seguintes descritores usuários frequentes, serviços de urgência e hiperutilizadores.

Após a realização da busca foram inclusas as pesquisas realizadas nos idiomas inglês e português, com abordagem quantitativa e qualitativa, estudos primários, revisões sistemáticas, metanálises e/ou metasínteses, livros e guidelines, publicados em fontes indexadas. As buscas foram executadas entre os meses de julho a setembro de 2018, período no qual todas as publicações foram acessadas.

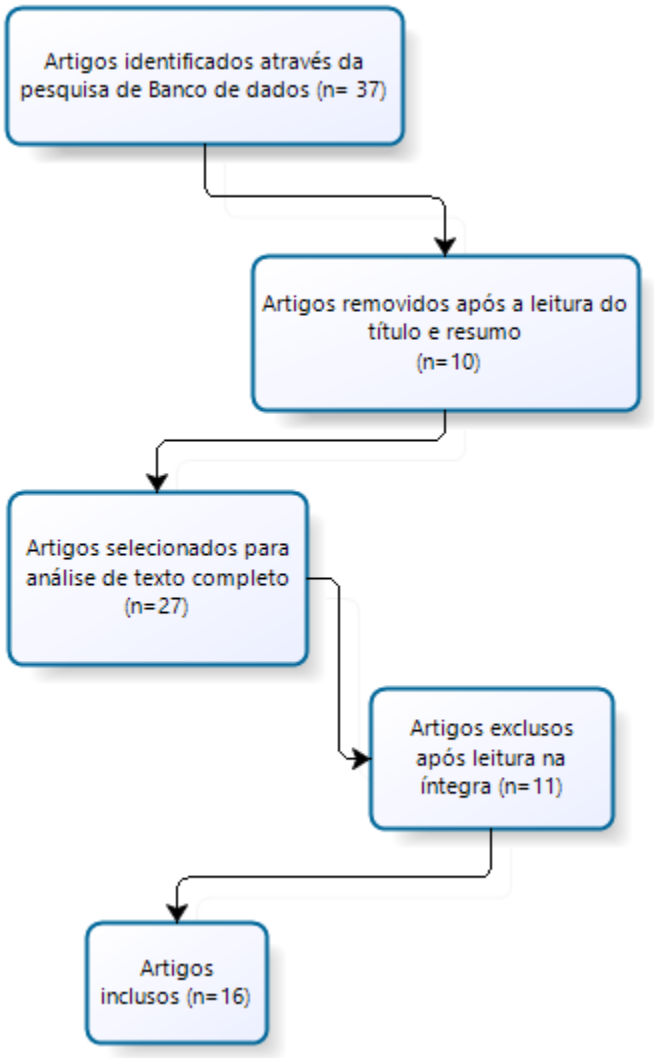
Para a seleção dos estudos, foi realizada a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave, e posteriormente, a adequação aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Em relação aos estudos em que o título, o resumo e as palavras-chave não foram suficientes para definir a seleção, buscou-se a leitura do artigo na íntegra.

Identificou-se 37 estudos através da pesquisa nas bases dedados. Após leitura dos títulos e resumos, 27 foram selecionados para leitura na íntegra. Após análise da íntegra dos 16 estudos foram selecionados. Para a extração dos dados, entre os 16 estudos selecionados foram utilizados um instrumento estruturado pelos

próprios pesquisadores conforme recomendações do JBI.[3]

A descrição do processo de seleção e inclusão dos artigos encontra-se descritas na Figura 1. Os estudos foram denominados artigos e numerados de acordo com o número de citação. Os resultados foram apresentados na forma de quadros.

Figura 1 – Descrição do processo de seleção dos estudos da *Scoping Review.* Ribeirão Preto, 2018.



4 RESULTADOS

Entre os 16 estudos analisados a maioria foi publicada na língua inglesa e nos últimos anos. Os estudos avaliados segundo título, autoria, periódico, ano e objetivo estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição dos estudos segundo título, autoria, periódico, ano e objetivo. Ribeirão Preto, 2018.

Referencia	Procedência	Título do artigo	Autor	Periodico/ ano	Objetivos
19	Pubmed	Frequent callers to and users of emergency medical systems: a systematic review	Scott J, et al	Emerg Med/ 2016	Revisão de literatura
12	Pubmed	A practical method for predicting frequent use of emergency department care using routinely available electronic registration data	Wu et al.	BMC Emergency Medicine/ 2016	Avaliar a viabilidade do uso rotineiro dos usuários frequentes para prever futuras visitas
10	Scielo	Usuários frequentes do serviço de emergência:fatores associados e motivo de buscas por atendimento	Acosta, A. M., Lima M. A. D. S.	Revista latino Americana de Enfermagem/ 2015	Definir o perfil dos usuários frequentes do serviço de urgencia e os fatores associados à procura
20	Scielo	An Emergency Room Decision-Support Program That Increased Physician Office Visits, Decreased Emergency Room Visits, and Saved Money	Navratil-Strawn,J.L. et al.	Population Health Management / 2014	Avaliar uma sala de emergencia com usuários frequentes
15	Pubmed	Frequent users of US emergency departments:characteristics and opportunities for intervention	Vinton, D.T., et al.	Emergency Medicine Journal /2014	Comparar as caracteristicas clinicas de um serviço de emergencia de saude mental
6	Scielo	Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa	Acosta, A. M., Lima M. A. D. S.	Revista Eletronica de Enfermagem / 2013	Analisar a produção de conhecimento sobre as características dos usuários frequentes dos serviços de urgência.
13	Google academico	O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João	Gomes, M. M. O. R.	Instituto Politécnico do Porto/ 2013	Identificar o perfil do utilizador abusivo do serviço de urgência
17	Google academico	Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimentos	Acosta, A. M.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ 2012	Identificar, analisar e caracterizar usuários frequentes
18	Pubmed	Frequent Users of Emergency Departments: Developing Standard Definitions and Defining Prominent Risk Factors	Doupe M. B. et al.	Annals of Emergency Medicine/ 2012	Identificar usuários freqüentes do departamento de emergência e características desses pacientes
8	Google academico	Perfil dos Utilizadores das Urgências Um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira	Silva, A. C. M.	Universidade da Beria Interior-Ciências da Saúde/2012	Identificar o padrão de pacientes hiperutilizadores
21	Google academico	Hiperutilizadores das Urgências, Um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira	Cunha, M. B. M. R. L.	Universidade da Beira-Ciências da Saúde/2011	Estudar os pacientes hiperutilizadores
11	Pubmed	Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications	LaCalle E. e Rabin, E.	Annals of Emergency Medicine/ 2010	Definir e caracterizar usuário frequente
16	Scielo	Usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: uma revisão de literatura	Acosta, A. M.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ 2010	Revisão de literatura
14	Google academico	Hiperutilizadores e urgência	Oliveira, A.	Acta Med Port/2008	Conceiturar hiperutlizadores do serviço de urgência
9	Scielo	Characteristics of non-urgent patients	Backman, A.S. et al.	Scandinavian Journal of Primary Health Care/ 2008	Descrever características de pacientes que procuram atendimento médico por condições não urgentes em uma emergência
7	Pubmed	Defining frequent use of an urban emergency department.	Locker T. et al.	Emergency Medicine Journal /2007	Definir usuários frequentes

Os estudos foram ainda avaliados segundo os principais resultados e conclusões encontrados, os achados encontram-se descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Estudos analisados conforme os principais resultados e conclusões encontrados. Ribeirão Preto, 2018.

Referencia	Autor	Ano	Resultado
19	Scott J, et al	2016	Define usuário frequente com número de visitas de 5 ou mais visitas e ressalta que deveria haver mais estudos para esta definição
12	Wu et al.	2016	Constata Usuários frequentes com idade entre 25 e 44 anos, sexo feminino, de 8 a 16 visitas/ano, com predominância de queixa respiratória
10	Acosta, A. M., Lima M. A. D. S.	2015	Caracterizou usuários pouco frequentes de 4 a 6 visitas ao ano, usuários moderamdente frequentes de 7 a 11 visitas ao ano e de 12 ou mais usuário altamente frequente, predominantemente do sexo feminino, idosos, com doenças cronicas, por demanda espontanea em dias uteis periodo diurno.
20	Navratil-Strawn,J.L. et al.	2014	Os usuários freqüentes com mais de cinco visistas/ano, compreendem 4,5% a 8% de todos os pacientes e 21% de atendimentos, com fatores sociocultural e socioeconomicos e psicológicos
15	Vinton, D.T., et al.	2014	Os usuarios frequentes do serviço de urgencia apresentaram muitas doenças cronicas e deveriam ser referenciados a um serviço apropriado
6	Acosta, A. M., Lima M. A. D. S.	2013	Usuários frequentes tem maior chance de ser do sexo feminino, ter idade entre 30 e 65 anos e ser desempregado, socioeconomicamente vulneráveis e problemas de saúde precários, constatou-se também falta de estudos sobre o tema no âmbito nacional, como também a escassez de literatura internacional com evidências fortes.
13	Gomes, M. M. O. R.	2013	Usuários frequentes apresentam 60% dos pacientes atendidos no serviço estudado, a maioria são mulheres, de 18 a 31 anos, que quando implementado taxa moderadora apresenta uma redução de apenas 5%, constatou-se a necessidade de campanhas de conscientização do uso correto do serviço
17	Acosta, Aline Marques	2012	Constata que é dificil conceituar usuário frequente apenas pelo numero de visitas e que deve ser levado em consideração a diferença entre os usuários, comunidade, cidade, país e que embora todos saibam do problema, não há propostas de ações para solucionar o problema.
18	Doupe M. B. et al.	2012	Constata que usários frequentes representam 9,9% de atedimentos do serviço estudado, porém utilizavam mais a atenção primaria e secundária.
8	Silva, A. C. M.	2012	Os hiperutilizadores correspondem a cerca de 10% dos pacientes, sendo responsáveis por 31% das visitas, sexo predominante fem. com idade de 35 a 64 anos, com igual ou maiores que 4 visitas no ano.
21	Cunha, M. B. M. R. L.	2011	Os hiperutilizadores representam 12,6% dos pacientes, com 35,8% de atendimentos, com média de 6 visitas/ano, são em sua maioria mulher, na casa de 60 anos, triadas com pouca urgência e na maioria das vezes com dor moderada.
11	LaCalle E. e Rabin, E.	2010	Afirma que há necessidade de maior literatura sobre a temática e aponta um limiar de 17 visitas para os usuários frequentes, com uma demanda de 4,5 a 8% dos usuarios, representando de 21 a 28% dos atendimentos, eram mais doentes que os demais e com mais chances de internações.
16	Acosta, Aline Marques	2010	Usuários frequentes correspondem a um pequeno grupo que correspondem a uma grande demanda dos serviços de urgência, que também utilizam outros serviços de saúde,os profisionais sentem-se incapazes de resolver este problema e este conceito ainda é uma lacuna
14	Oliveira, A.	2008	O hiperutilizador representa 9,7% dos usuários e 33,2% de atendimentos, idade média de 36 a 45 anos, prevalencia de doença traumatica, considerou hiperutilizador após 3 visitas/ ano, fatores associados foram: ser idoso, ter um problema clínico e ter uma internação hospitalar.
9	Backman, A.S. et al.	2008	Usuários frequentes realizam 3 a 20 visitas ano.
7	Locker T. et al.	2007	Os autores propõe com o estudo que sejam considerados usuários frequentes aqueles com mais de quatro visitas/ano

Conforme descrição não houve consenso entre os estudos no que diz respeito aos hiperutilizadores. O Quadro 3 apresenta um resumo das características apontadas pelos autores com relação aos usuários frequentes ou hiperutilizadores.

Quadro 3 - Características descritas pelos autores com relação aos hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018.

Referencias	Usuários frequentes/ Hiperutilizadores	Itens mencionados
14,9	Frequência de visitas/ano no serviço	3 a 20 visitas - (2 artigos)
12		8 a 16 visistas-(1 artigo)
21		6 ou mais visitas- (1 artigo)
11		17 ou mais visitas- (1 artigo)
8,7		4 ou mais visitas(2 artigos)
19,12,20		5 ou mais visitas (3 artigos)
10		Caracterizou usuários pouco frequentes de 4 a 6 visitas ao ano, usuários moderamdente frequentes de 7 a 11 visitas ao ano e de 12 ou mais usuário altamente frequentes.
20,6,17	Culturalmente diferentes	3 artigos
12,10,6,13,8,21	Maior parte do sexo feminino	6 artigos
13	Pacientes que possuem seguro saúde	1 artigo
12,10,15,11	Pacientes portadores de doenças crônicas	4 artigos
21,6	prevalencia acima de 60 anos	2 artigos
18	Tambem usam atenção primaria e secundaria	1 artigo
14	Doenças traumaticas	1 artigo

5 DISCUSSÃO

A crescente utilização dos serviços de urgência vem se tornando uma preocupação para os gestores e para os profissionais envolvidos. A análise dos estudos destes usuários mostra que apesar de ser um pequeno grupo comparado ao total de usuários que buscam atendimento, esses indivíduos são responsáveis por uma elevada porcentagem da demanda nesses serviços[4]. Entre as várias expressões na literatura para os pacientes usuários frequentes, estão hiperutilizadores, hiperfrequentadores, repetidores ou *frequent fliers.*[5]

De acordo com a maioria dos estudos analisados, em relação ao conceito de usuários frequentes, ainda não há um número de frequência para defini-los, uns defendem que hiperutilizador pode ser considerado o paciente que recorre quatro ou mais vezes ao serviço de urgência durante o período de um ano,[6] outros que o limiar mais utilizado é de três a doze vezes por ano.[7,8] Em geral, quatro ou mais atendimentos anuais é o mais consensual para a classificação de um usuário frequente ou hipeutlizador[8, 9,10. 11]

Desta forma, ainda existem lacunas na literatura sobre a definição de quantidade de visitas dos usuários frequentes.[12,13,14,15] Muitos autores propõem um

número fixo de atendimentos que varia entre os diferentes estudos, outros o fazem em função de conceitos estatísticos segundo um determinado percentil ou adotando como medida a frequência, baseados na população em causa, por razões de conveniência no tamanho da amostra.[14] Conceituar usuário frequente apenas pelo número de visitas não é adequado, pois deve ser levada em consideração a diferença entre os usuários (comunidade, cidade, país) e embora todos saibam do problema, não há propostas de ações para solucionar o problema.[14]

A melhor definição talvez seja a categorização dos dados com base nos limites disponíveis e divisão de grupos de estudo como não usuários (0 visitas /ano), usuários pouco frequentes (1 a 3 visitas/ano), usuários freqüentes (4 a 9 visitas/ano) e super frequentes ou hiperutilizadores usuários (≥10 visitas / ano). Ainda há a necessidade de mais pesquisas sobre a temática no Brasil e de um consenso entre os vários autores.[12]

Usuários frequentes constituem um grupo com características que podem variar conforme idade, sexo frequência de atendimento, tipo de queixa/motivo da consulta, porém a maioria dos estudos indicam que usuários frequentes tendem a ser do sexo feminino, com idade que varia de 40 a 60 anos.[8,9,10,11] O melhor entendimento sobre as características dos usuários frequentes possibilita a identificação das necessidades de saúde e a elaboração de estratégias para qualificar a assistência e diminuir as reincidências nos serviços de urgência, para se pensar em alternativas para reduzir a utilização frequente e a superlotação dos serviços de urgência. Estes atendimentos sobrecarregam os profissionais, oneram o serviço, tumultuam o ambiente e, principalmente, prejudicam o atendimento dos usuários que realmente necessitam.[10]

Contudo, esses indivíduos apresentam problemas de saúde precários, são na maior parte portadores de doenças crônicas e predominantemente do sexo feminino.[6, 8,10,11.12,13,15,21]

De acordo com o Ministério da Saúde[22] as doenças crônicas não transmissíveis apresentam início lento, com duração longa ou incerta, e, geralmente, múltipla causas. Seu tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que não visa à cura, mas à estabilização da condição de saúde e ao incremento da qualidade de vida do usuário. Doenças crônicas não transmissíveis tem sido um problema mundial, aumentando a cada dia. Um estudo brasileiro sobre os fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico

de doenças crônicas no Brasil aponta que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas é relevante e as diferenças regionais, demográficas e aquelas relacionadas à atenção à saúde do paciente e ao regime terapêutico requerem ações coordenadas entre profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e formuladores de políticas para o seu enfrentamento. Os autores ainda mencionam que mesmo com a facilidade de acesso a medicamentos e programas de prevenção pelo Sistema Único de Saúde, ainda há baixa adesão.[23]

Os pesquisadores relatam a necessidade de implementação de programas em serviços de urgência que identifiquem usuários que estão em risco de buscar repetidamente atendimento, a fim de traçar as necessidades de saúde de cada usuário e desenvolver planos individuais de atendimento.[12,15] Desta forma os planos individuais, chamados projetos terapêuticos, são elaborados de acordo com as necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreensão, sua singularidade em relação ao ambiente familiar e condições socioeconômicas, visando uma melhor interação entre usuário e a equipe de saúde.[24]

Os estudos ainda citam que embora as principais queixas e morbidades dos indivíduos que procuram o serviço de urgência repetidamente sejam bem conhecidas pelos profissionais de saúde, os usuários frequentes são, muitas vezes, estigmatizados pelos profissionais, que supõem que as suas queixas são inapropriadas para os serviços de urgência e deveriam ser resolvidas em outro nível assistencial.[10,11,17] Os pacientes hiperutilizadores são considerados pacientes “difíceis” para os profissionais, devendo estes serem preparados para este atendimento através de capacitação com ações educativas e humanizadas.[25]

6 CONCLUSÃO

Entre os estudos analisados não houve consenso entre os autores quanto a definição de usuários frequentes ou hiperutilizadores, todavia as características definidas demonstram que esses pacientes são aqueles que utilizam os serviços de urgência e emergência mais de 3 vezes ao ano, são predominantemente do sexo feminino e portadores de doenças crônicas.

Para os gestores dos serviços de urgência, os hiperutilizadores é um sinal

de alerta, pois a maioria dos usuários frequentes tem doenças crônicas e são classificados como não urgentes devendo, portanto, serem referenciados para o serviço assistencial adequado, com o objetivo de tratamento correto, prevenção de complicações e promoção da saúde. E ainda, uma avaliação do gestor com as equipes de saúde, controle social e usuários, para levantar quais as mudanças que precisam ser implementadas na atenção básica que respondam as necessidades dos usuários para adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 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) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 84p.

2. Nascimento CML. Utilizadores frequentes do Serviço de urgência pediátrico. Realidade ou mito. [mestrado]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; 2016.

3. Joanna Briggs Institute (JBI). Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaid, Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015. 24p.

4. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enf. 2008; 17(4): 758-64.

5. Whittemore R, Knafl K. The Integrative Review: updates methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5): 546-53.

6. Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013; 15(2): 564-73. [citado 15 jul.2018]. Disponível em: http://dx.doi.org/10. 5216/ree.v15i2.17526. doi: 10.5216/ree.v15i2.17526.

7. Locker TE et al. Defining frequent use of an urban emergency department. Emerg Med J. 2007; 24(6):398-401.

8. Silva ACM. Perfil dos utilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira. [mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.

9. Backam AS et al. Characteristics of non-urgent patients. Scand J Prim Health Care. 2008;26(3):181-7

10. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(2):337-44.

11. LaCalle E, Rabin E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. Ann Emerg Med. 2010; 56(1): 42-8.

12. Wu J et al. A practical method for predicting frequent use of emergency department care using routinely available electronic registration data. BMC Emerg Med. 2016;16:12.

13. Gomes MMOR. O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João [mestrado]. Porto: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto; 2014.

14. Oliveira, A. Hiperutilizadores e urgência. Acta Med Port. 2008; 21(6): 553-8.

15. Vinton DT et al. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. Emerg Med J. 2014; 31:526-32.

16. Acosta AM. Usuários frequentes do serviço de urgência: uma revisão de literatura integrativa. [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem; 2010.

17. Acosta AM. Usuários frequentes do serviço de urgência: perfil e motivo da busca por atendimento. [mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem; 2012.

18. Doupe MB et al. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. Ann Emerg Med. 2012; 60(1), 24-32.

19. Scott J et al. Frequent callers to and users of emergency medical systems: a systematic review. Emerg Med J. 2014; 31(8):684-91.

20. Navratil-Strawn JL et al. An emergency room decision-support program that increased physician office visits, decreased emergency room visits, and saved money. Popul Health Manag. 2014; 17(5):257-64.

21. Cunha MBMRL. Hiperutilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira. [mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.

22. Ministério da Saúde Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

23. Tavares NUL et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev. Saúde Pública 2016;50(Supl 2):10s-20s.

24. Pinto DM et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3): 493-502.

25. Campos RTO et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Rev. Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2014. V.38, 252-264.

CAPÍTULO 3

Caracterização do perfil dos usuários frequentes/hiperutilizadores do serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP

Profile description of frequent users (hyper-users) of Public immediacy/emergency of services in Monte Alto County / SP

Sueli Regina Alves de Melo[1], Gerson Alves Pereira Júnior[2]

[1]Mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

[2]Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru-SP, Brasil.

Autor correspondente: Sueli Regina Alves de Melo

Secretaria de Saúde de Monte Alto

Rua Comendador Castro Ribeiro nº 141 Centro

CEP 15910000- Monte Alto- SP

Telefone: (16) 997992101

Email: sueliramelo2000@hotmail.com

Caracterização do perfil dos usuários frequentes/hiperutilizadores do serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP

Resumo

Introdução: O estudo objetivou identificar e caracterizar o perfil dos usuários frequentes/hiperutilizadores do serviço público de urgência do município de Monte Alto. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva com levantamento de prontuários e dados informatizados dos atendimentos realizados no Pronto Socorro (SUS) de um município do interior do estado de São Paulo, no período de agosto de 2015 à agosto de 2016. Foram seguidos os preceitos éticos. Resultados os usuários frequentes/hiperutilizadores representaram 40% dos pacientes atendidos no período, 82% foram classificados com a cor azul (não urgentes), a maioria adulto jovem de 20 a 40 anos, do sexo masculino, casados, presentes em todos os bairros e que procuraram o serviço de urgência com maior frequência no período da manhã, as queixas mais relatadas são sinais/sintomas da região lombar, dores abdominais/epigastralgias e sinais/sintomas respiratórios. Conclusões: Os usuários frequentes/hiperutilizadores do município representam um grande contingente de pacientes e de custo significativo. Reconhecer seu perfil, possibilita a adoção de estratégias que minimizem e redirecionem tal demanda.

Descritores: Usuários frequentes. Hiperutilizadores. Serviço de urgência.

Profile description of frequent users (hyper-users) of Public immediacy/emergency of services in Monte Alto County / SP

Abstract

Introduction: The study aimed to identify and characterize the profile of frequent / hyper-user usufructuary of public immediacy and emergency services in Monte Alto County. This is a quantitative and descriptive research with a survey on medical files and computerized data informed of medical calls performed in the First Aid Post (SUS) of a city located inland the State of São Paulo, beginning in August 2015 to August 2016. Ethical precepts were followed. Results: frequent users / hyper-users accounted for 40% of the patients attended in the period, 82% classified as (non urgent) blue color, the majority of young adults of 20 to 40 years of age, males, married, belonging to each and every neighborhood who sought emergency care

more frequently in the morning, most reported complaints are signs and symptoms of the lower back, abdominal pain / bellyache and respiratory signs and symptoms. Conclusions: the frequent usufructuary / hyper-user of the municipality represents a large contingent of users at distinguished costs. Recognizing its profile enables strategies that understate such handicap.
Keywords: Frequent users. Hyper users. Immediacy service.

1 INTRODUÇÃO

As emergências em saúde são situações nas quais o atendimento não pode ser protelado, devendo ser imediato. Já as urgências são situações em que o atendimento pode ser prestado em tempo não superior a duas horas. Por fim, as situações não urgentes são definidas como aquelas que podem ser encaminhadas a um pronto atendimento ambulatorial, ou para o atendimento ambulatorial convencional.[1] Em 2002, o Ministério da Saúde apreensivo com os serviços de urgência e emergência no país, constituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU),[2] onde estão inseridas diferentes portarias, que regulamentam os serviços, desde as unidades de atendimento pré-hospitalar (unidades não hospitalares de atendimento às urgências) até as unidades mais complexas como as Unidades de Terapia Intensiva.

A Portaria da rede de urgência e emergência (RUE) tem como objetivo a integração de todas as esferas de saúde com o objetivo de expandir e qualificar o acesso digno, integral e humanizado aos usuários em condições de urgência nos serviços de saúde.[2]

Ao propor a reordenação da atenção à saúde em situações de urgência envolve-se a atenção básica. Toda via para que essa integração se torne possível mais do que a ampliação da rede de serviço, de forma qualificada e resolutiva, se faz necessário promover o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, melhoria do acesso, com maior assertividade dos diagnósticos e tratamentos, bem como as indicações de reabilitação e cuidados paliativos.[3] Para tal, os componentes essenciais indispensáveis podem ser nominados como o acolhimento, a qualificação profissional, a informação de boa qualidade e a regulação.

Além da atenção primária, uma vez que as unidades hospitalares de atendimento às urgências integram o componente hospitalar do sistema de atenção, como instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências, o objetivo é garantir o acesso e acolhimento nos diversos níveis de serviços de saúde, de acordo com a complexidade tecnológica e complexidade clínica, e organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, prevenindo iatrogenias por manipulação ou tratamentos incorretos, evitando a morte ou incapacidades físicas temporárias e permanentes.[4]

As unidades de emergência são serviços para pacientes potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados e preparados para o seu atendimento e a sua recuperação, a fim de oferecer serviços de alta complexidade e diversidade para garantir todas as manobras de sustentação à vida, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.[5]

Os serviços de urgência possuem um perfil de atendimento às demandas de forma mais ágil, e apesar de superlotados, impessoais e atuando apenas sobre a queixa principal por conta da superlotação; têm consultas, remédios, procedimentos, exames e internações o que para o usuário os torna resolutivos.[6] Devido ao uso crescente nas últimas décadas por demandas não urgentes que superlotam os serviços' situação dos serviços de urgência é, hoje, motivo de preocupação para a comunidade sanitária e a sociedade em geral.[7]

Como resposta a esse contexto foi proposta a Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS, que traz como princípio o acolhimento com avaliação e classificação de risco como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede.[8]

A PNH é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde que vislumbra a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, propondo uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores como também o estabelecimento de grupalidade e de vínculos solidários.[8] Ela preconiza as seguintes diretrizes específicas para a atenção à urgência direcionada aos serviços de urgência e emergência na assistência pré-hospitalar:

a) *Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais pontos de assistência.*

b) *Comprometer-se com a referência e a contra referência, aumentando a resolução da urgência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.*

c) *Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.*

O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem ainda como meta garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.[8]

O sistema de triagem ou avaliação de risco é um recurso para enfrentar a superlotação nos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento de urgência, é imprescindível para otimizar o atendimento e a organização interna do serviço.[9]

O acolhimento com classificação de risco é

> *"...uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.*
>
> *O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica em prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir o sucesso desses encaminhamentos" (BRASIL, 2004a, p.05).*[10]

Consta na Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde (2002)[11] que o acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas, partindo do pressuposto da eficácia no atendimento. Com o auxílio de protocolos pré-estabelecidos, orienta o atendimento de acordo com o nível de complexidade, e não por ordem de chegada, exercendo, dessa maneira, "uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade". Seu uso deve ser propagado para que a entrada do usuário no sistema aconteça de forma correta e que seja encaminhado ao serviço mais próximo e adequado, com recursos diagnósticos e terapêuticos necessários para a complexidade exigida para a assistência resolutiva e em tempo hábil àquele paciente.[12] A classificação de risco é um instrumento usado para reorganizar o fluxo gerando um atendimento assistencial resolutivo e humanizado, com a finalidade de identificar os usuários que necessitem de atendimento imediato devido à urgência de seus quadros clínicos e define nos casos menos graves o tempo que o paciente irá esperar para ser atendido.[12]

A Austrália foi o primeiro país a implantar um sistema de classificação de risco. Hoje já existem cinco modelos validados: o da Austrália e Oceania (National Triage Scale - NTS), o canadense (Canadian Emergency Department Triage and acuity Scale - CTAS), o americano (Emergency Severity Index - ESI) e o espanhol (Model Andorra de Triaje - MAT), todos baseados em cinco níveis numéricos de gravidade (de 0 a 4 ou, de 1 a 5) e, por último, o inglês (Manchester Triage System - MTS), que é baseado em classificação de risco por cores; nível vermelho, o mais grave, seguido das cores laranja, amarela, verde e azul, também com cinco níveis.[13] O Ministério da Saúde no Brasil preconiza a classificação de risco em quatro cores: Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível. Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente. Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.[13]

Há pouco conhecimento divulgado sobre a triagem em quatro níveis, mas aponta-se para a necessidade de “escuta qualificada” nos serviços de urgência e nas unidades de saúde com o instrumento da Classificação de Risco implantado.[13]

Segundo a Resolução 2077/14 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, esta classificação deve ser realizada por enfermeiro ou médico capacitado e o usuário não deve ser dispensado sob hipótese nenhuma sem

avaliação médica, mesmo com avaliação de qualquer outro profissional.[14] Portanto, as equipes utilizam o acolhimento com classificação de risco apenas para avaliação da prioridade, não podendo ser dispensado nenhum usuário, mesmo se não houver urgência, para outra unidade sem atendimento. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza que o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento para executar a classificação de risco.[15]

Nos últimos anos tem se estudado amplamente os Serviços de Urgência no mundo, devido ao aumento exagerado na utilização deste serviço pelos usuários. A superlotação nos serviços de urgência compromete a segurança do paciente, o tempo para o tratamento adequado – *"timeless",* leva a frustração e consome muita energia dos funcionários.[16]

Usuários frequentes são aqueles indivíduos que fazem muitas visitas no serviço de urgência por um determinado período.[17] E, apesar de um grupo pequeno, são responsáveis por mais de 30% do atendimento.[18,19] Nesse contexto, representam um contingente importante na mobilização de recursos humanos e materiais, que podem comprometer um atendimento qualificado. Nesse sentido é necessário para uma melhor gestão, uso dos recursos e integração, de uma assistência eficaz, humana e qualificada é necessário compreender quais as características dessa população.

2 OBJETIVO

- Identificar e caracterizar os usuários frequentes/hiperutilizadores do serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP.

3 METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva com levantamento de prontuários e dados informatizados dos atendimentos realizados no Pronto Socorro (SUS) no período de agosto de 2015 a agosto de 2016. O período escolhido teve como fundamento o início da informatização dos dados que se deu em julho de 2015.

Na pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. Para o autor este método é frequentemente aplicado nos estudos descritivos (aqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis).[20]

A pesquisa descritiva pode ser definida quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa descrever característica de determinada população ou fenômeno; ou o estabelecimento entre variáveis, envolvendo uso de técnicas padronizadas como coleta de dados.[21]

3.1 Local do estudo

Os dados foram coletados de um município do interior do estado de São Paulo, o município conta com 49.744 habitantes e um pronto socorro municipal. Esse serviço foi inaugurado em dezembro de 1989, e é o único serviço de atendimento 24 horas do SUS do município de estudo.

Para melhor entendimento do serviço, demonstramos no Quadro 1 dados de atendimento, infraestrutura e recursos humanos no serviço de atendimento de urgência do SUS do município de agosto de 2015 a agosto de 2016.

Quadro 1 - Dados de atendimento, infraestrutura e recursos humanos no serviço de atendimento de urgência do SUS estudado, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016.Ribeirão Preto, 2018.

Pronto Socorro - Adauto Freire de Andrade	
Média de Atendimentos/mês	
Média de consultas/mês	5245
Média de consultas/dia	174
Média de medicações/mês	5188
Media de Inalações/mês	246
Média de suturas/mês	44
Média de aferição de pressão/mês	3416
Média de curativos/mês	241
Média de verificação de glicosimetria capilar /mês	307
Média de eletrocardiogramas/mês	128
Média de urgência-emergência/mês	181

Média de transferência/mês	15
Média de internações/mês	67
Média de avaliações de retaguarda	51
Média de exames laboratoriais/ mês	1200
Média de exames de raio X/mês	480
Recursos Humanos	
Médicos por período	2
Enfermeiros por período	2
Técnicos de Enfermagem por período	5
Recepcionista por período	1
Auxiliar de Limpeza por período	2
Guarda patrimonial por período	1
Infraestrutura	
Sala de urgência	1 com 2 leitos
Salas de observação/ adultos	2 com 4 leitos
Salas de observação/ infantil	1 com 3 leitos
Salas de medicação rápida (poltronas)	1 com 5 leitos
Consultórios	2
Recepção	1
Sala de acolhimento com classificação de risco	1
Sala de curativo	1
Sala de sutura	1
Sala de imobilização	1
Quarto de descanso para médicos	2
Quarto de descanso para enfermagem	1
Secretaria	1
Farmácia	1
Banheiros para usuários	2
Banheiros para funcionários	2
Cozinha	1

3.2 Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados dos serviços informatizados do hospital com o apoio de um instrumento de coleta, do período de agosto de 2015 a agosto de 2016. Foram coletados os dados referentes a: data e hora do atendimento na unidade de

urgência e emergência, nome, sexo, idade, antecedentes patológicos, medicações de uso continuo e queixa principal do atendimento. Foram estudados todos os usuários que passaram pelo serviço durante o período estipulado para o estudo.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva em frequência, porcentagem e apresentados na forma de Tabelas, Gráficos e Quadros. Para análise dos dados foi considerado como usuários frequentes/hiperutilizadores são considerados os usuários que utilizam o serviço de urgência mais que três visitas ao ano.[18,22].

3.3 Aspectos éticos

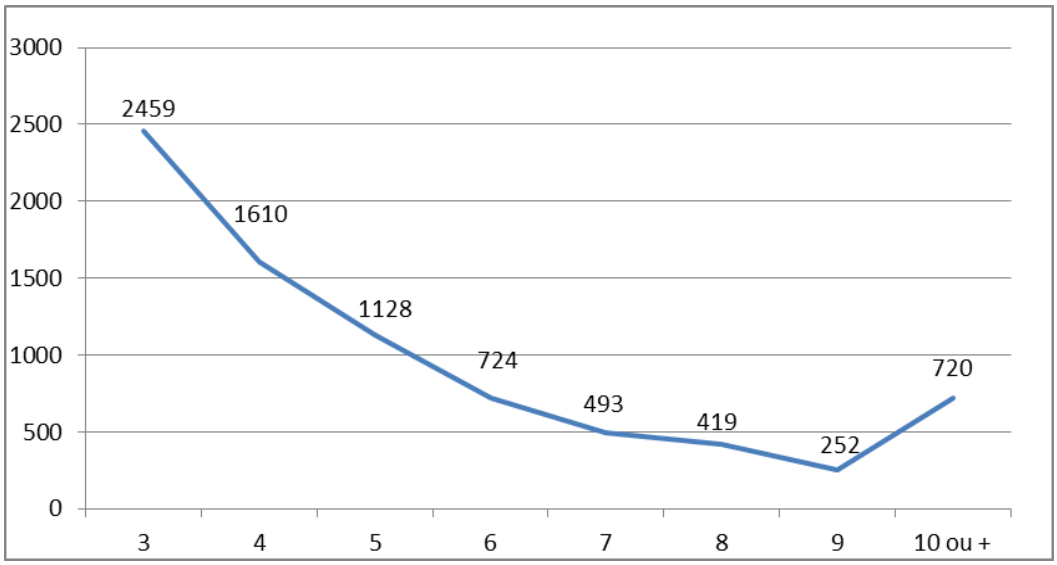
Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e aprovado sob Parecer 2.665.473. Essa etapa do estudo por tratar-se de dados secundários de pesquisa dispensou o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

Por meio do sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde foram levantados os dados no período do estudo (01 de agosto de 2015 a 31 de agosto de 2016) dos pacientes que passaram pelo Pronto Socorro Municipal. Nesse período, foram atendidos 19.509 (dezenove mil, quinhentos e nove) pacientes em 60.068 (sessenta mil e sessenta e oito) atendimentos, ou seja, houve uma média de três atendimentos por paciente, sendo um número de atendimentos realizados maior que a população montealtenses (quarenta e nove mil e setecentos e quarenta e quatro munícipes) no período. O número total de usuários frequentes/hiperutilizadores no período foi de 7805 (sete mil, oitocentos e cinco), pacientes em 44.146 (quarenta e quatro mil, cento e quarenta e seis) atendimento, média de cinco atendimentos por paciente durante o período, representando 40% do atendimento.

O Gráfico 1 apresenta a quantidade de usuários por número de visitas ao serviço de urgência estudado.

Gráfico 1– Quantidade de usuários frequentes por número de visitas/ano. Ribeirão Preto, 2018.



A classificação de risco utilizada no serviço segue o protocolo brasileiro de quatro cores (Manchester modificado), sendo azul para os pacientes não urgentes, verde para os pacientes pouco urgentes, amarelo para os pacientes em situação de urgência e vermelho para os pacientes em situação de emergência. No Gráfico 2 apresentamos a classificação de risco de todos os pacientes atendidos no período estudado e no Gráfico 3 a classificação de risco dos pacientes usuários frequentes/hiperutilizadores do período.

Gráfico 2 - Classificação de risco dos pacientes do período estudado. Ribeirão Preto, 2018.

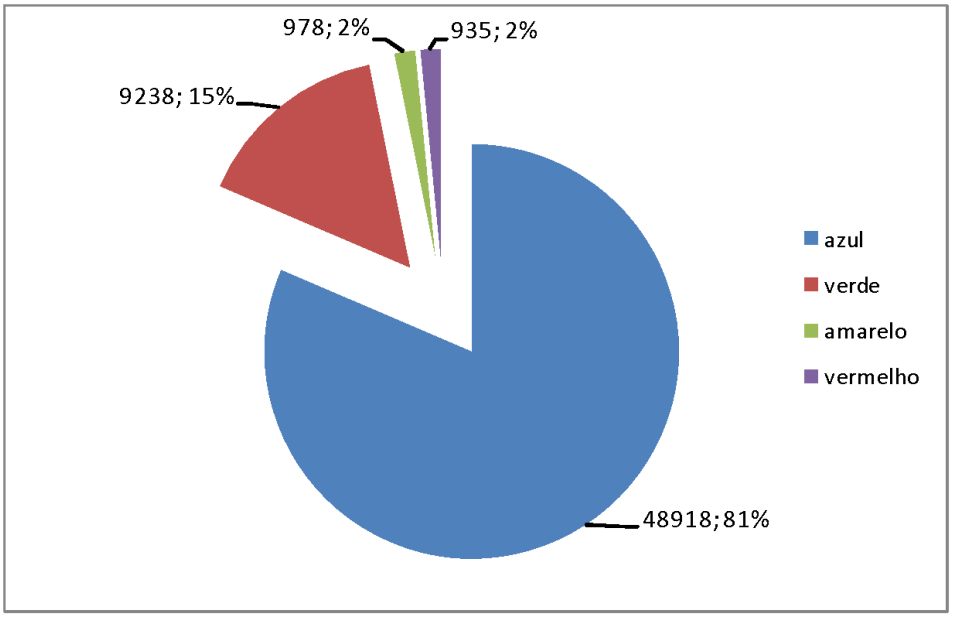
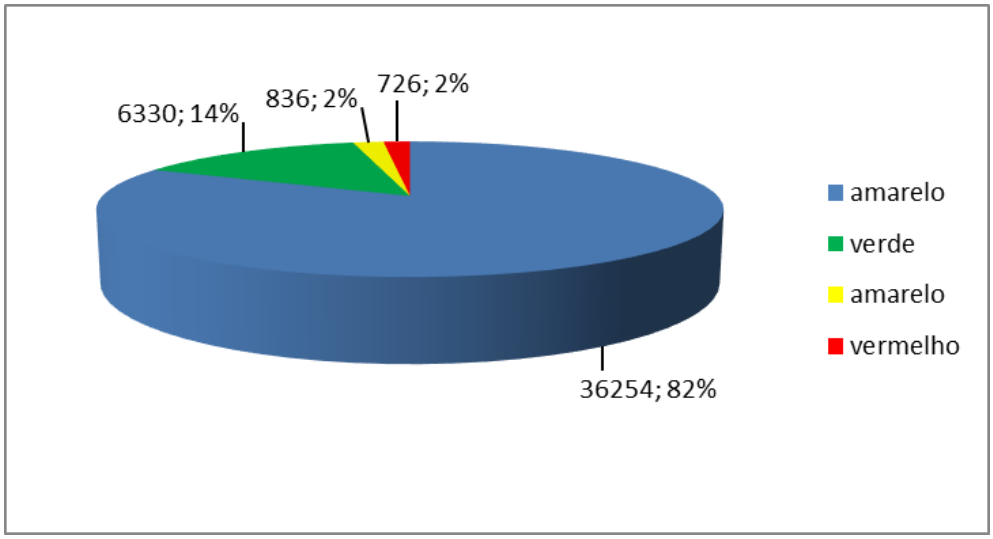


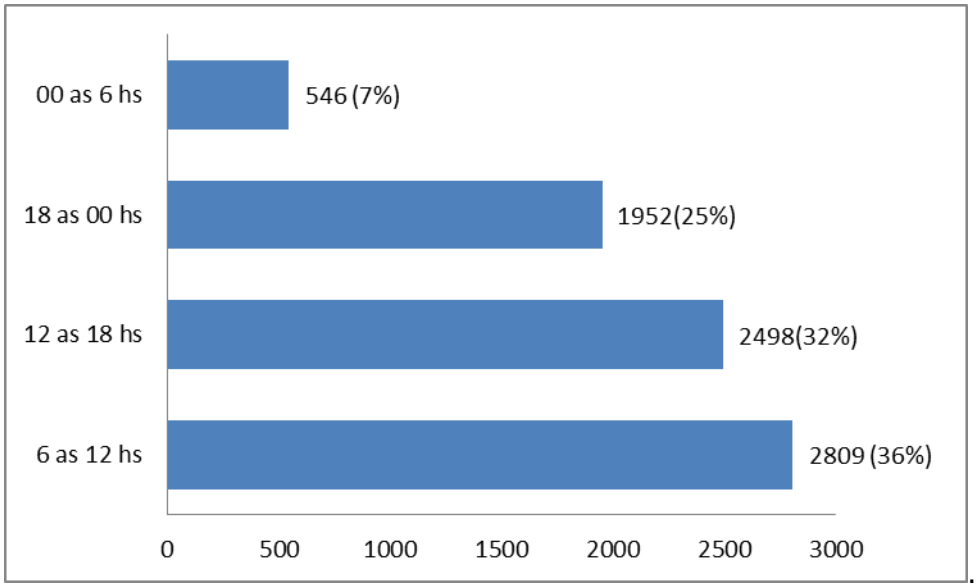
Gráfico 3 - Classificação de risco dos usuários frequentes/hiperutilizadores do período estudado. Ribeirão Preto, 2018



.

De acordo com a pesquisa os usuários frequentes hiperutilizadores utilizam o serviço com maior frequência nos períodos da manhã e tarde. Tais dados podem ser visualizados no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Classificação dos usuários frequentes/hiperutilizadores por horário de atendimento. Ribeirão Preto, 2018



Para o levantamento de custos por paciente, foram apurados os gastos de custeio com recursos humanos, materiais, medicamentos e rateios administrativos e divididos pelo número de pacientes atendidos no período.

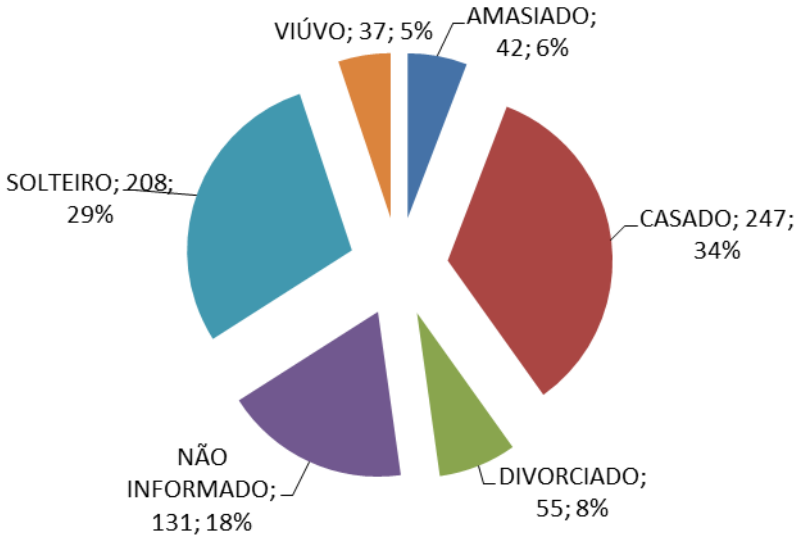
A Tabela 1 abaixo demonstra o impacto financeiro dos usuários considerados não urgentes (azul) e dos usuários hiperutilizadores para o Sistema Público de Saúde, considerados os usuários que visitam o serviço mais que três vezes ao ano.[18,22]

Tabela 1 - Impacto Financeiro dos usuários frequentes/hiperutilizadores considerados não urgentes no serviço de urgência. Ribeirão Preto, 2018

Média de custo mensal no período	
Recursos humanos	R$ 339.521,52
Medicamentos	R$ 9.118,90
Materiais de enfermagem	R$ 15.404,11
Material de higiene/escritório	R$ 2.612,98
CPFL	R$ 2.752,52
Companhia telefônica	R$ 749,50
Sabesp	R$ 1.322,40
Oxigênio	R$ 2.570,68
Manutenção de equipamentos	R$ 3.130,50
Retaguarda	R$ 49.450,00
Total	**R$ 426.633,11**
Média custo paciente	**R$ 7,10**
Impacto financeiro dos pacientes não urgentes (azul)	**R$ 347.317,80**
Impacto financeiro dos usuários frequentes período de estudo	**R$ 313.547,06**

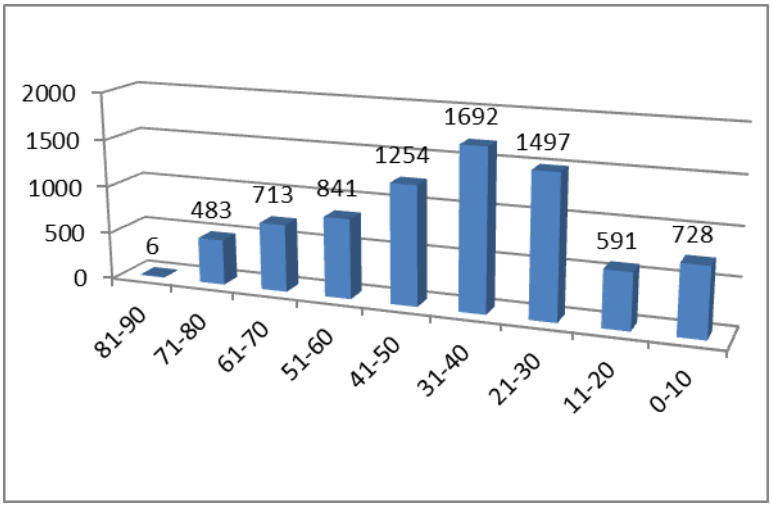
Com relação ao estado civil dos usuários frequentes hiperutilizadores no período, a maioria ficou entre os casados e solteiros, embora 18% dos boletins não continham informação de estado civil, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5 - Perfil do estado civil dos usuários frequentes/ hiperutilizadores



A maioria dos usuários frequentes/ hiperutilizadores apresentou-se entre 21 a 50 anos. O Gráfico 6 apresenta o perfil dos pacientes em relação a idade.

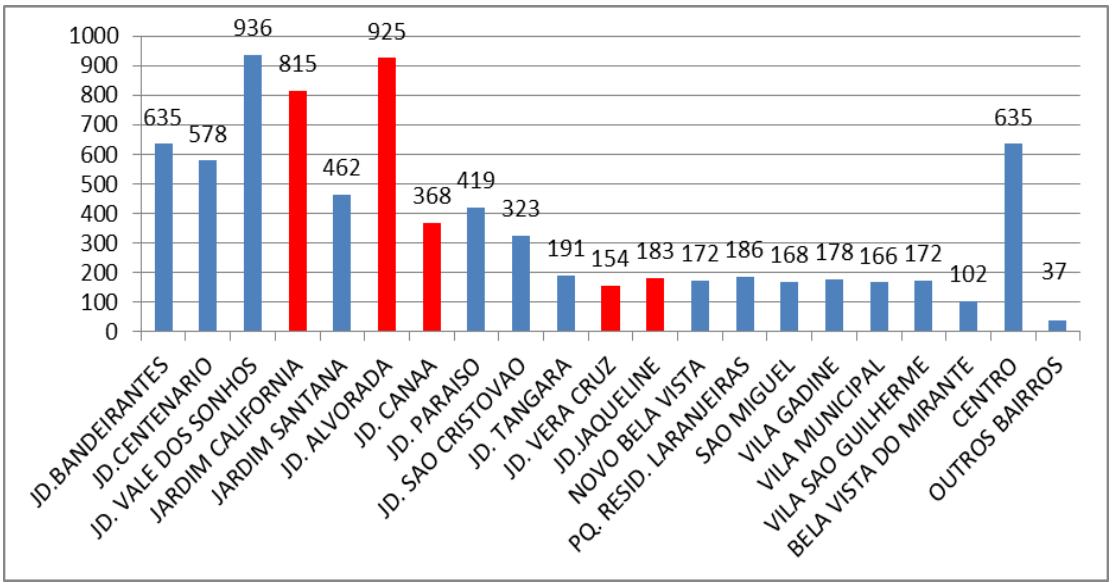
Gráfico 6 - Perfil da idade dos usuários frequentes/hiperutilizadores.



Os pacientes do sexo masculino representaram 51% (3981) dos usuários frequentes/hiperutilizadores, 2% a mais que as do sexo feminino 49% (3824).

Em relação aos bairros, os usuários frequentes/hiperutilizadores residiam em 67 bairros, sendo que no Gráfico 7, evidenciamos os bairros com mais de 100 usuários e os outros estão classificados “em outros bairros”. Destacamos ainda em cor vermelha os bairros contemplados com Estratégia de Saúde da Família.

Gráfico 7 - Incidência de usuários frequentes/hiperutilizadores por bairros.



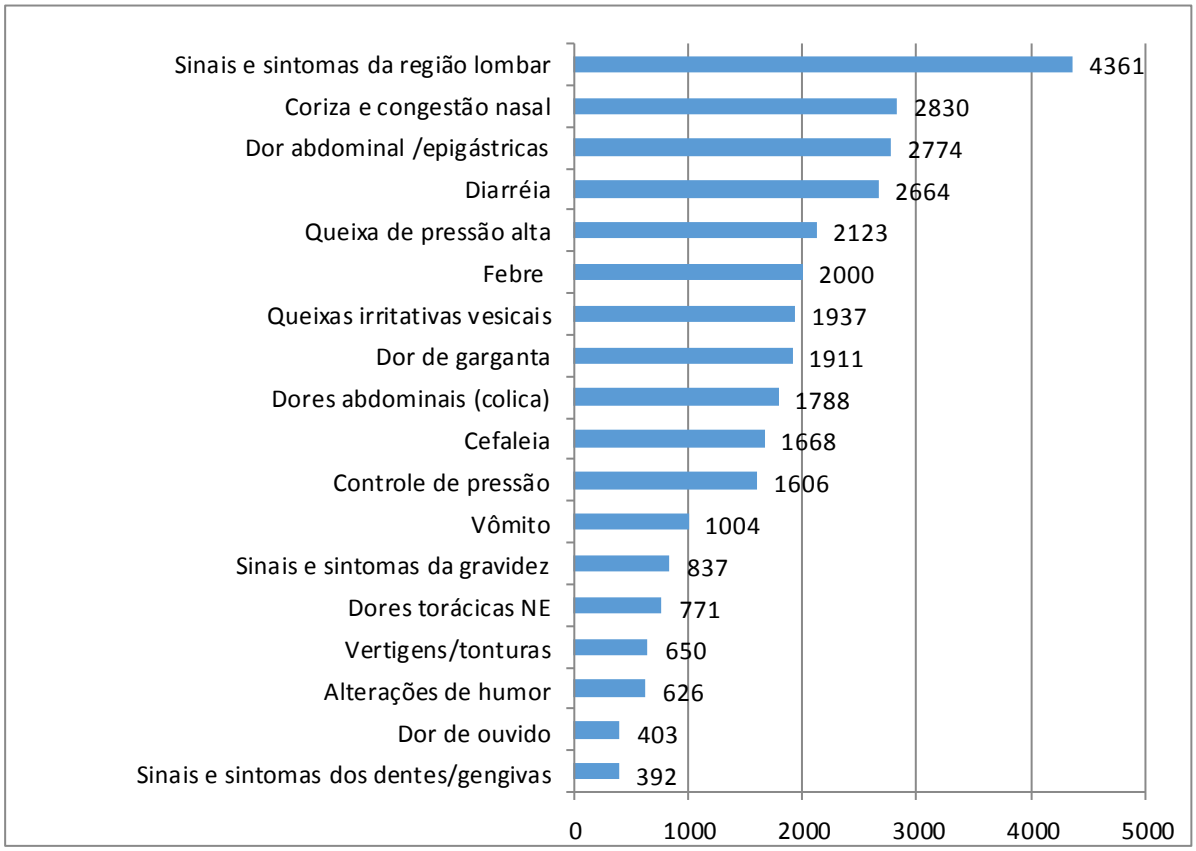
A avaliação das patologias foi identificada pela queixa principal, conforme a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)[23] pois muito embora seja obrigatória a identificação da doença pelo Código Internacional de Doenças- CID nos prontuários não foi encontrada este preenchimento em nenhum boletim. Na tabela 2 encontramos a quantidade de atendimentos dos usuários frequentes/hiperutilizadores por queixas pelo número de atendimento.

Tabela 2 - Quantidade de atendimentos dos usuários frequentes/ hiperutilizadores por queixas. Ribeirão Preto, 2018.

Queixas	Número de atendimentos dos usuários frequentes/ano								
	3	4	5	6	7	8	9	10 ou mais	Total
Dor de garganta	458	254	223	126	153	26	11	660	1911
Alterações de humor	126	25	46	165	13	11	10	230	626
Cefaleia	268	293	234	158	78	56	8	573	1668
Controle de pressão	785	46	262	93	26	46	23	325	1606
Coriza e congestão nasal	399	467	168	67	76	83	56	1514	2830
Diarréia	225	325	253	279	173	163	121	1125	2664
Dor abdominal /epigástricas	513	163	403	327	182	98	70	1018	2774
Dor de ouvido	89	56	36	56	12	16	10	128	403
Dores abdominais (colica)	678	163	189	153	93	79	7	426	1788
Dores torácicas NE	76	98	67	76	79	56	32	287	771
Febre	426	256	359	326	98	125	89	321	2000
Outras (130)	1203	2404	1518	1754	2012	2181	1411	1318	13801
Queixa de pressão alta	369	264	352	169	76	56	52	785	2123
Queixas irritativas vesicais	247	256	263	72	96	78	73	852	1937
Sinais e sintomas da gravidez	128	64	153	68	63	78	53	230	837
Sinais e sintomas da região lombar	1171	851	707	315	109	129	142	937	4361
Sinais e sintomas dos dentes/gengiva	45	58	36	46	16	10	52	129	392
Vertigens/tonturas	72	241	126	16	23	18	12	142	650
Vômito	99	156	245	78	73	43	36	274	1004
Total	7377	6440	5640	4344	3451	3352	2268	11274	44146

Para uma melhor análise o Gráfico 8 aponta as 18 queixas mais relatadas pelos usuários frequentes/hiperutilizadores.

Gráfico 8 - Perfil de atendimentos dos usuários frequentes/hiperutilizadores por queixas. Ribeirão Preto, 2018



Em relação ao prontuário dos 44.146 atendimentos dos usuários frequentes/hiperutilizadores, tanto a enfermagem quanto os médicos apresentaram não conformidades administrativas, que podem causar prejuízos para a instituição e para os usuários. A Tabela 3 descreve as não conformidades, os números e a porcentagem das ocorrências.

Tabela 3 - Não conformidades dos prontuários. Ribeirão Preto, 2018.

Descrição	Quantidade de prontuários	%
Não aguardaram o atendimento (evasão)	3285	7,44%
Ausência de anotações de enfermagem	6096	13,81%
Ausência de carimbo de enfermagem	6061	13,73%
Ausência de CID	44146	100%
Ausência de Hipótese Diagnóstica	101	0,23%
Ausência de carimbo do médico	93	0,21%
Ausência de assinatura do médico	27	0,61%
Ausência de anotação de conduta do médico	207	0,47%

5 DISCUSSÃO

O estudo proporcionou mensurar a demanda dos usuários frequentes/hiperutilizadores no serviço de urgência, os pacientes classificados com a cor azul, não urgente, representaram 80% do atendimento, estes pacientes poderiam ser atendidos na atenção básica nas unidades de saúde ou Estratégias de Saúde da Família. Observou-se ainda que os usuários frequentes/hiperutilizadores são responsáveis por 14% dos atendimentos pouco urgentes, e de 4% dos atendimentos de urgência. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde busca uma atenção primária fortalecida, acolhedora e resolutiva através das estratégias de Saúde da Família e outros programas, porém há de se trabalhar e conscientizar a população para o uso correto dos serviços de saúde.[24]

Os usuários frequentes procuraram o serviço de urgência com maior frequência nos períodos manhã e tarde, apresentando maior concentração no período de manhã. Estudos do Rio Grande do Sul também constataram que os usuários frequentes utilizam mais o serviço de urgência no período diurno período este que as unidades de saúde estão em atendimento.[25, 26]

A superlotação e os usuários frequentes/hiperutilizadores comprometem o serviço de urgência na sua eficiência, equidade e ainda pela sua participação são acrescidos custos que poderiam ser minimizados, caso estes episódios fossem

direcionados e tratados pela atenção básica.[27] Tais dados são corroborados por este estudo, uma vez que o impacto financeiro dos usuários frequentes encontrados durante o período foi de R$ 313.547,06.

Em relação ao estado conjugal, verificou-se maior percentual entre casados (34%) e solteiros (29%), usuários frequentes/hiperutilizadores correspondem a 5% de viúvos, 8% divorciados e amasiados, porém 18% dos boletins não continham esta informação. Um estudo brasileiro do Rio Grande do Sul também aponta os usuários frequentes/hiperutilizadores com maior incidência entre os solteiros e casados variando nestes percentuais casados (40, 8%) e solteiros (40,6%).[26]

A maioria dos usuários frequentes/ hiperutilizadores apresentaram –se entre 21 a 50 anos, idade considerada produtiva para o trabalho e contradizendo alguns estudos onde os usuários frequentes/ hiperutilizadores tem maior probabilidade de serem idosos.[18,28] Outra condição diferente dos estudos já realizados foi o sexo dos usuários frequentes/ hiperutilizadores que em sua maioria predominou o sexo masculino representando 51% (3981) dos usuários frequentes/hiperutilizadores, 2% a mais que as do sexo feminino 49% (3824).[9,18,28]

No que diz respeito à área geográfica dos usuários frequentes/hiperutilizadores, eles foram encontrados em 67 bairros do município, sendo que quatro deles possuem Estratégia Saúde da Família. Um estudo em Porto Alegre ressalta que o usuário busca o serviço que melhor lhe convém não se restringindo a facilidade de acesso geográfico.[29] Outro realizado em Portugal avaliou o impacto de uma implementação de Unidade de Saúde da Família próxima a um serviço de urgência e constatou que não houve diminuição de atendimento e não houve relação entre a proximidade do serviço e o número de atendimentos no serviço de urgência.[30]

Em relação às queixas dos usuários frequentes/hiperutilizadores para o atendimento no serviço de urgência, destacaram-se dezoito queixas com maior incidência, porém prevaleceram os sinais e sintomas da região lombar, seguido de coriza e congestão nasal e dores abdominais e epigástricas. A maioria queixas não urgentes e que em sua maioria os pacientes relatavam sentir a um tempo maior que vinte e quatro horas de ocorrência. Queixas de dor lombar, respiratórias e abdominais são citadas em vários estudos, porém usuários frequentes diferem as queixas e os diagnósticos em muitos trabalhos, e deve ser levado em consideração

seus diferentes contextos.[17]

Foram avaliadas também as não conformidades administrativas que fazem parte da organização do prontuário do paciente, sendo que existe um percentual pequeno de incidências, porém que podem causar prejuízos para o serviço e também para as pacientes que necessitar de informações contidas no atendimento, além das exigências normativas dos conselhos de classe, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

6 CONCLUSÕES

O estudo permitiu analisar as características da demanda de usuários frequentes/hiperutilizadores do serviço de urgência público que representou um total de 40% do total de pacientes atendidos no período estudado, onde se constatou que o perfil predominante da amostra atendida foi de adulto jovem, em idade produtiva, sexo masculino, a maioria casados, que procuraram o serviço espontaneamente, no período manhã, em dias úteis, e que foram classificados em sua maioria na cor azul, não urgente, informação importante para a gestão, levando em consideração que no período manhã as unidades de saúde estão abertas podendo absorver a demanda de pacientes classificados como azul, ou seja, não urgente, diminuindo a sobrecarga do serviço de urgência e que estes usuários aumentam consideravelmente o custo do serviço de urgência.

Os usuários frequentes eram oriundos de todos os bairros do município e também aparece em quantidade relevante nos bairros portadores de PSFs, estratégia que tem como diretriz, a visita domiciliar na busca de maior resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes.

Esse estudo pode servir como fonte para os profissionais que fazem parte da gestão do SUS no nível local, no planejamento e tomada de decisões para a organização dos serviços de saúde, e, em especial, para realizar ações para reorganização da atenção básica e medidas para direcionamento das queixas mais frequentes.

REFERÊNCIAS

1. Schiavon ICA. A triagem em serviço de emergência. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 228p.

3. Brasil. 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. 84p.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Série E. Legislação de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 256p.

5. Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2010. 864p.

6. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(1): 13-9.

7. Silva VPM et al. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Arq Catarin Med. 2007; 36(4): 18-25.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 70p.

9. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. Arq. Catarinenses Med. 2007; 36(4): 70-5.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 48p.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova na forma o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002. [citado 12 out. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

12. Nascimento ERP et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da

equipe de enfermagem, Rev. Enferm. UERJ. 2011; 19(1): 84-8.

13. Ferri SMN. Modelo de acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estratégia para reorganização do trabalho e reordenação do acesso à rede de saúde. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2013.

14. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2077 de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília. 2014. [citado 19 set. 2016]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf.

15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro citado 19 set. 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.

16. Oredsson S. et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. Scand J Trauma Resusc Emerg Med (online). 2011; 19(43). Disponível em: http://www.sjtrem.com/content/19/1/43.

17. Acosta AM. Usuários frequentes do serviço de urgência: perfil e motivo da busca por atendimento. [mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem; 2012.

18. Silva ACM. Perfil dos utilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira. [mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.

19. Oliveira, A. Hiperutilizadores e urgência. Acta Med Port. 2008; 21(6): 553-8.

20. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 1989.

21. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª Ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.

22. Backam AS et al. Characteristics of non-urgent patients. Scand J Prim Health Care. 2008; 26(3):181-7.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Classificação internacional de atenção básica. [citado 21 dez. 2016]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.

25. Carret MLV et al. Características da demanda do serviço de saúde de

emergência no Sul do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1): 1069-79.

26. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(2): 337-44.

27. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: fators associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res. 2007; 7:131-9.

28. Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013; 15(2): 564-73. [citado 19 jul. 2016]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526. doi: 10.5216/ree.v15i2.17526.

29. Dall'Agnol CM, Lima MADS, Ramos DD. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):674-80. [citado 13 de abril 2016]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm.

30. Rodrigues MM. Os cuidados de saúde primários como reguladores do acesso às urgências hospitalares: a perspectiva do utilizador [dissertação]. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa; 2017.

CAPITULO 4

Avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP: *Patient Relationship Management* (PRM) como estratégia para reorganização da atenção básica.

Evaluation of frequent users (hyper-users) of Public immediacy/emergency of services in Monte Alto County / SP: Patient Relationship Management (PRM) as a strategy for reorganization of primary care.

Sueli Regina Alves de Melo[1], Gerson Alves Pereira Júnior[2]

[1]Mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

[2]Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru-SP, Brasil.

Autor correspondente: Sueli Regina Alves de Melo
Secretaria de Saúde de Monte Alto
Rua Comendador Castro Ribeiro nº 141 Centro
CEP 15910000- Monte Alto- SP
Telefone: (16) 997992101
Email:sueliramelo2000@hotmail.com

Avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP: Patient Relationship Management (PRM) como estratégia para reorganização da atenção básica.

Resumo

O estudo objetivou conhecer os usuários frequentes/hiperutilizadores do serviço de urgência/emergência do município de Monte Alto, interior do estado de São Paulo. Metodologia: Seguidos os preceitos éticos, os dados foram coletados por meio de

entrevistas seguindo a abordagem de *Patient Relationship Management* (PRM), onde por meio de uma pesquisa mista, descritiva e investigativa por meio de estudo de campo sobre o real motivo da procura elevada em situação de não urgência. Resultados: Há necessidade de atualização de dados cadastrais do serviço de urgência possibilitando o acesso aos usuários. Entre os usuários apenas 24% tinham ensino médio completo e 2,4% ensino superior completo. Além disso, 50% dos usuários frequentes são tabagistas, que usam tabaco em quantidade maior que 20 cigarros/dia, optando pelo cigarro comum; 93% são e adultos fazem uso de álcool, destes 60% utilizam o álcool em doses abusivas e a maioria prefere bebidas fermentadas. Os usuários frequentes ganham de 2 a 4 salários mínimos, tem de 1 a 3 filhos, em média 4 pessoas no domicilio, apenas 6% são desempregados, sem renda alguma. No que diz respeito às doenças crônicas 25% são hipertensos, 20% diabéticos, 6% dislipidêmicos, 5,6% cardiopatas, 33% apresentam outras patologias. A maioria dos usuários frequentes sabe identificar uma situação de urgência e apenas 22% procuram a atenção básica antes do serviço de urgência. Os anti-hipertensivos mais utilizados foram os IECAs, os anti hipoglicemiantes mais utilizados foram os orais, todos os dislipidêmicos fazem uso de estatinas, e todos os usuários retiram seus medicamentos em farmácias do município ou Estado. Os entrevistados avaliam satisfatoriamente os profissionais das unidades de saúde, ambulatório de especialidade e serviço de urgência e procuram o serviço de urgência pela rapidez, facilidade de acesso a consulta, medicações, exames laboratoriais e de imagem. Conclusões. Há necessidade de ações de conscientização e gestão de relacionamentos com os usuários frequentes a fim de desenvolver promoção à saúde e prevenção de doenças.

Descritores: Usuários frequentes, Patient Relationship Management e serviço de urgência.

Evaluation of frequent users (hyper-users) of Public immediacy/emergency of services in Monte Alto County / SP: Patient Relationship Management (PRM) as a strategy for reorganization of primary care.

Abstract

Introduction: The study aimed to cognize the frequent / hyper-user usufructuary of public immediacy and emergency services in Monte Alto County, city located inland the State of São Paulo. Ethical precepts being followed, data were collected by means of an interview following the Patient Relationship Management (PRM) approach, where through a mixed descriptive investigative research, by means of a field study on the tangible reason for high demand in non-emergency positions. Outcome: There is a need to update the registration data of the immediacy service providing access to users. Amongst users only 24% were graduated in High School and 2,4% had a superior degree. Furthermore, 50% of the frequent users are tobacco users, who use tobacco in quantities greater than 20 cigarettes/day, making an option for common cigarettes, 93% are adults and use alcohol, given that 60% use alcohol in abusive doses and most prefer fermented beverages. Frequent users earn from 02 to 04 minimum wages, from 1 to 3 on average, 4 people at home, only 6% unemployed thus no income. Regarding chronic diseases 25% are hypertensive, 20 diabetic, 6% dyslipidemics, 5,6% cardiophatics, 33% show other pathologies. Most of the frequent users savvy to identify an situation of emergency and only 22% hunt up for basic care previous to the emergency service. The most common antihypertensive agents used were ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors), the most anti-hypoglycemic agents used were oral, all dyslipidemic patients use statins, and all users withdraw their medications from pharmacies from County or State. The interviewees appraise satisfactorily the professionals working at the health unities, outpatient specialty clinics, emergency services, and quest the emergency service because of speedy attendance, easy access to appointment, medications laboratory and imaging exams. Conclusions: There are needs for awareness actions and relationship management with frequent users in order to develop health promotion and prevention of diseases.

Keywords: Frequent users. Patient Relationship. Management and emergency services.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os diversos tipos de mercados apresentam um quadro de alta concorrência, e as organizações buscam vantagem competitiva. Assim, a gestão do relacionamento com o cliente é apontada como solução para o alcance da vantagem competitiva sustentável. Simultaneamente, o grande desenvolvimento da Tecnologia de Informação (TI) permite a implementação de estratégias organizacionais que viabilizem administrar o relacionamento com o público-alvo. Desta forma, surge o *Customer Relationship Management* (CRM) como estratégia organizacional. O CRM é uma estratégia que seleciona e administra o relacionamento com os clientes, sendo não somente tecnologia, mas sim uma estratégia que requer uma filosofia empresarial centrada no cliente.[1]

O CRM parte da premissa de que coletando, mantendo e analisando as informações sobre os clientes e/ou clientes em potencial é possível implementar programas de comunicação de *marketing* mais efetivos e eficientes.[2]

O *marketing* desempenha um papel importante ao auxiliar os participantes no sistema de saúde a criar, comunicar e fornecer valor a seus respectivos mercados-alvo. Os modernos profissionais de *marketing* começam pelos clientes em vez de começar pelos produtos ou serviços; eles estão mais interessados em construir um relacionamento duradouro do que em garantir uma única transação. Sua meta é criar um alto nível de satisfação para que os clientes retornem ao mesmo fornecedor.[3]

Marketing de relacionamento focaliza principalmente a satisfação/relação com cliente, permite descobrir suas expectativas e necessidades individuais, atuando de maneira administrativa e, consequentemente, permite aperfeiçoar seus produtos e melhorar seus serviços de maneira que se possam atender os clientes de forma personalizada, fazendo assim crescer a lealdade e respeito do cliente junto à empresa.[4]

Desta forma a ação junto às áreas de atendimentos baseado em requisitos estratégicos como requisitos de *marketing*, voltados para a comunicação com o cliente, formulação de comunicação ativa e proativa; requisitos organizacionais, focado na integração de informações gerenciais; requisitos de

gerenciamento de informações, compartilhamento e coordenação de informações com alto nível de complexidade de dados; requisitos de tecnologia, focado nos aspectos do processo de informatização, "*Hardware* e *Software*" e requisitos financeiros, focado nos investimentos, geração de novos negócios e rentabilidade.[5]

A prática do CRM no setor de Saúde é usualmente denominada de *Patient Relationship Manangement* (PRM). Com o PRM, o foco das organizações de saúde é definido na determinação e atendimento às necessidades dos pacientes.[5]

Um dos anos de ouro referência da pesquisa PRM foi 2001 quando pela primeira vez, o conceito de CRM foi aplicado em Ciências da Vida e Gestão da Saúde[6]. Com a aplicação de PRM a saúde é beneficiada, pois há prevenção de surto de novas doenças, melhoria no processo de cuidar, facilitação nos processos do dia a dia como: recepção, encaminhamento, atrasos, otimização da comunicação e diminuição de faltas.[6]

De acordo com Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade de Informação (APDSI) de Portugal, ao nível dos sistemas de informação, os atuais sistemas terão de evoluir para verdadeiros sistemas *Patient Relation Management* (PRM), ou seja, sistemas do tipo CRM orientados para os pacientes.[7]

O Sistema de Informação (SIM) — "consiste de pessoas, equipamentos e procedimentos para reunir, classificar, analisar, avaliar e distribuir as informações necessárias, oportunas e precisas para os tomadores de decisões".[8]

Os provedores de assistência à saúde precisam usar estratégias de marketing poderosas e programas de garantia de qualidade para manter a satisfação e a lealdade do paciente. Os autores concordam que não é uma tarefa fácil devido às seguintes razões: capacidades de marketing limitadas dos hospitais, natureza sensível dos pacientes como clientes, dificuldade em fornecer atendimento personalizado para cada paciente, dificuldade em reter pacientes para cuidados preventivos, dificuldade na promoção de novas instalações e serviços e gerenciamento atual de informações do paciente.[9]

Em um estudo realizado por Kukkonen et al (2008) observou-se que o PRM permite uma melhor orientação ao paciente, um melhor tratamento e um atendimento personalizado e que as aplicações de PRM podem também ser utilizadas para gerenciar as informações em nível hospitalar.[10] E ainda que

aplicativos de PRM fornecem uma oportunidade interessante para investigação posterior, em especial quando integrado com outros sistemas de informação hospitalar.

Os peritos identificam vantagens para todos. Os usuários se beneficiam de uma melhor comunicação com o médico, de um cuidado individualizado e de uma diminuição de erros médicos devido à integração de todos os fatos (consultas, tratamentos anteriores, alergias) e a diminuição de mal-entendidos por causa de arquivos ilegíveis.[11] O sistema de saúde lucra com o comprometimento do paciente e com a aplicação do PRM no combate às doenças crônicas a partir do problema detectado através desta integração.[11]

Enfim, trata-se de uma plataforma tecnológica que permita a agregação de dados de inúmeras fontes e a sua análise através de *business intelligence*, os quais os desafios são inúmeros, entre eles a interoperabilidade dos sistemas, a resistência à mudança, a focalização excessiva na operação em pretérito de uma focalização da satisfação das necessidades do usuário e a gestão das redes sociais.[12]

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Entrevistar os usuários frequentes/hiperutilizadores do serviço de urgência/emergência do município de Monte Alto, visando uma abordagem de Patient *Relationship Management* (PRM).

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar os usuários que reutilizam precocemente o serviço de urgência e emergência;
- ✓ Identificar o grau de conhecimento dos usuários em relação ao funcionamento do serviço de urgência e aumentar o envolvimento dos pacientes para os cuidados aos seus problemas de saúde e utilização correta do sistema,

- ✓ Identificar e classificar os diferentes motivos desta reutilização (de saúde, sociais, econômicos, culturais, entre outros);
- ✓ Identificar estratégias de ações para os diferentes motivos, aumentando a satisfação dos pacientes na atenção específica de seus problemas de saúde e prevenindo o reuso dos serviços de urgência, do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ✓ Identificar estratégias a serem desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, equipe de saúde da família para diminuir a demanda dos reutilizadores nos serviços de urgência;
- ✓Identificar estratégias para que as unidades básicas de saúde contribuam para a diminuição da demanda do pronto-atendimento.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

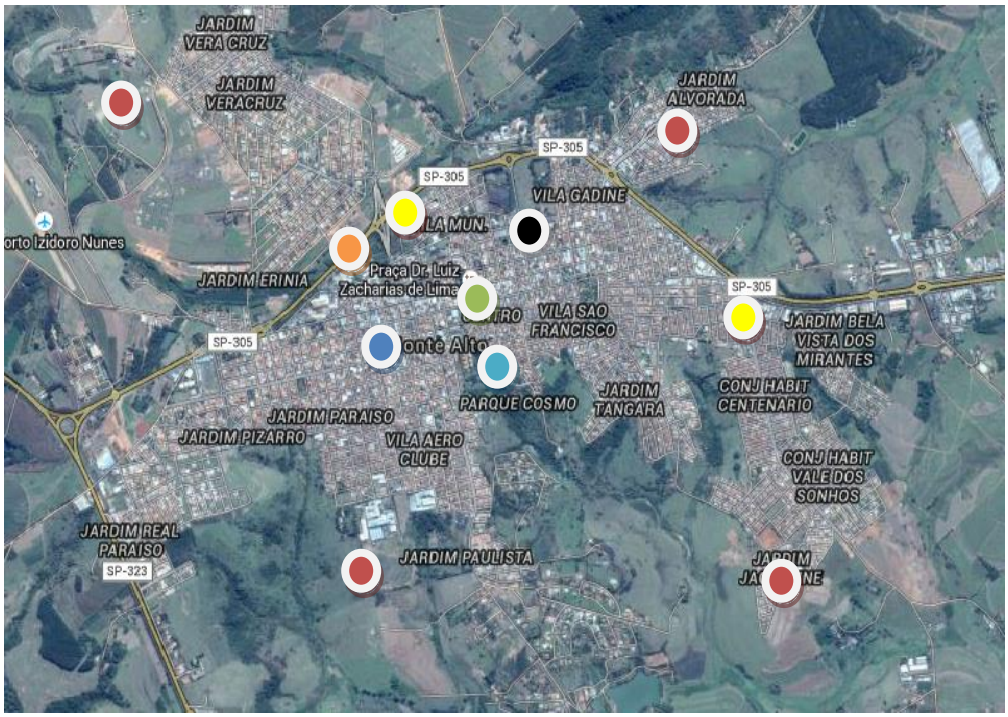
O estudo foi realizado através de pesquisa quantitativa, descritiva e investigativa por meio de estudo de campo, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016, utilizado a abordagem do *Patient Relationship Management* que preconiza o relacionamento com o cliente e suas necessidades.

3.2 Local do estudo

Monte Alto é um município brasileiro localizado a 80 km do município de Ribeirão Preto, pertencendo ao seu Departamento Regional de Saúde (DRS) 13, têm aproximadamente cinquenta mil habitantes, sendo que além do atendimento SUS também oferece um serviço de atendimento privado, ambos com acolhimento e classificação de risco realizado por enfermeira capacitada, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde; exames laboratoriais e de imagem vinte e quatro horas e retaguarda com dez leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto localizada na Santa Casa.

A rede básica do município conta com quatro unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), três Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade Ambulatorial de Especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Doenças Infectocontagiosas – Viva Vida. A Santa Casa conta com 100 leitos, é o único hospital filantrópico do município, dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva de média complexidade, com 10 leitos adultos com hemodiálise para pacientes agudos. O município não dispõe de serviço de alta complexidade como neurocirurgia, urologia, nefrologia e outros, sendo que estes casos são regulados para municípios da DRS-13 que possuem estes serviços por meio da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) do Estado de São Paulo. A Figura 1 mostra a distribuição geográfica dos serviços de saúde do município.

Figura 1 - Distribuição geográfica dos serviços de saúde do município de Monte Alto/SP. Ribeirão Preto, 2018



Fonte: Google Maps

- Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Unidades Básicas de Saúde
- Centro de Atenção Psicosocial
- Centro de Especialidades
- Serviços de Urgência e Emergência
- SAMU
- Unidade de Doenças Infecto contagiosas

3.3 Coleta de dados

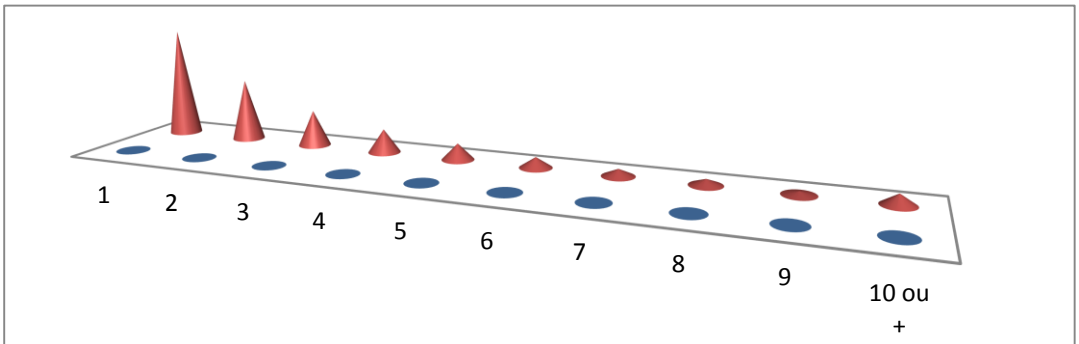
Após a caracterização demográfica e noológica dos usuários, foi realizado um piloto da entrevista e aplicação dos questionários para validação dos dados no Bairro Jardim Canaã, com 19 usuários e pela avaliação da equipe, o único item com sugestão de alteração foi a renda familiar com questão aberta, o que deixava os usuários encabulados e, portanto, foi modificado para questões fechadas por faixa salarial. Após a validação dos dados foi realizado treinamento dos colaboradores que foram os agentes comunitários de saúde com orientações sobre como conduzir

a entrevista (anexo 1) utilizando a metodologia do PRM para o relacionamento com usuários com aplicação da entrevista durante visita domiciliar e individual. Na entrevista, os agentes esclareciam aos usuários sobre sua participação na pesquisa, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), e aplicavam o questionário padronizado (Anexo 3).

3.4 População e Amostra

Para definir a amostra foi utilizado um cálculo amostral para estimação de proporções por meio de amostragem aleatória estratificada (AAE) para os pacientes que passaram por atendimento de 3 a 9 consultas, totalizando 239 pacientes e para os pacientes igual ou maior que dez consultas foram todos incluídos na pesquisa totalizando 720 pacientes. O gráfico abaixo demonstra o número de pacientes e o número de atendimentos realizados.

Gráfico 1 - Quantidade de pacientes por número de consultas. Ribeirão Preto, 2018.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +
Percentual	38,37%	21,62%	12,60%	8,25%	5,78%	3,71%	2,53%	2,15%	1,29%	3,69%
Número de pacientes	7486	4218	2459	1610	1128	724	493	419	252	720

Assim considerou-se o tamanho populacional de 7.085 pacientes e um número de estratos igual a 7 (sete) referente as quantidades de consultas: 3,4,5,6,7,8 e 9. Apresentando um coeficiente de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 5% e o n = 239 pacientes, em uma alocação proporcional para a amostra.

$$n = \frac{\sum_{i=1}^{k} \frac{1}{w_i} N_i^2 \theta_i (1-\theta_i)}{N^2 \frac{\varepsilon^2}{4} + \sum_{i=1}^{k} N_i \theta_i (1-\theta_i)}$$

n = 239 pacientes

Então cada estrato (número de consultas) deverá ter no mínimo apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Quantidade de amostra por estratos. Ribeirão Preto, 2018.

ESTRATO	NÚMERO DE CONSULTAS	TAMANHO DO ESTRATO	PROPORCÃO	TAMANHO DA AMOSTRA
1	3	2459	34,7%	**82**
2	4	1610	22,7%	**54**
3	5	1128	15,9%	**38**
4	6	724	10,2%	**25**
5	7	493	7,0%	**17**
6	8	419	6,0%	**14**
7	9	252	3,5%	**9**

A seleção dos indivíduos foi realizada por uma amostragem aleatória simples, ou seja, em uma lista numerada com o nome de todos os pacientes de cada estrato (número de consultas), foi sorteado o ***n*** correspondente de pacientes, valores indicados na tabela acima, de maneira que todos os pacientes tiveram a mesma chance de serem sorteados e participar do estudo. Os pacientes que de nenhuma maneira conseguimos entrevistar, foram repostos por novos pacientes sorteados até completar o **n** mínimo em cada estrato.

Quadro 2- Sorteio de pacientes por número de cada estrato. Ribeirão Preto, 2018.

ID	Num Cons 3	Num Cons 4	Num Cons 5	Num Cons 6	Num Cons 7	Num Cons 8	Num Cons 9
1	741	888	306	702	375	333	8
2	1295	1610	776	359	419	171	78
3	1293	1371	1068	562	192	241	60
4	701	959	429	526	101	230	126
5	188	1299	635	622	371	277	227
6	2013	210	398	14	296	210	139
7	2218	235	121	477	190	35	45
8	700	682	687	59	16	263	99
9	436	412	861	432	462	105	49
10	470	1599	653	661	416	134	
11	795	30	842	559	4	367	
12	1186	735	250	94	161	82	
13	525	829	96	537	351	316	
14	107	683	1069	303	102	163	
15	898	1209	182	655	78		
16	511	681	346	210	327		
17	28	591	350	394	426		
18	693	370	148	653			
19	2236	507	55	460			
20	1999	624	391	202			
21	706	1438	56	392			
22	1708	1101	1083	240			
23	1667	539	845	652			
24	2061	680	380	568			
25	1477	160	722	203			
26	344	924	147				
27	129	429	390				
28	671	1254	912				
29	1460	922	206				
30	544	1216	317				
31	2355	226	525				
32	2036	1517	35				
33	634	581	288				
34	2146	34	423				
35	588	1384	82				
36	407	375	375				
37	531	434	351				
38	2211	551	240				
39	1323	1163					

40	1054	383					
41	1179	435					
42	1850	26					
43	39	1020					
44	551	408					
45	2416	720					
46	202	1412					
47	2309	1382					
48	753	514					
49	1736	1251					
50	1610	20					
51	1043	993					
52	1623	1251					
53	1795	992					
54	1190	1358					
55	1257						
56	304						
57	131						
58	1988						
59	1796						
60	1807						
61	2344						
62	288						
63	1636						
64	2033						
65	1985						
66	412						
67	1010						
68	1341						
69	336						
70	453						
71	483						
72	1088						
73	687						
74	1486						
75	2199						
76	1908						
77	2449						
78	2087						
79	1250						
80	1502						
81	1579						
82	245						

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e apresentados na forma de Quadros, Gráficos e Tabelas.

3.6 Aspectos Éticos

Para a coleta de dados foi utilizado Termo de Compromisso para uso de dados (em anexo 1), preservaram a privacidade, confidencialidade e anonimato dos pacientes, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[13] nº 466 de 2012 e a Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS[14] para a utilização dos dados dos prontuários do paciente.

Os participantes foram entrevistados de forma individual, nos seus domicílios. Antes da coleta foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e o teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo 2), e informados sobre os riscos em relação a sua participação, que poderiam desistir a qualquer momento e que poderiam ter acesso ao resultado da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CEP- FMRP) sob o número 2.665.473.

5 RESULTADOS

Dos 720 pacientes iguais ou maior que 10 atendimentos/ano num primeiro momento encontrou-se a seguinte situação:

- 46 faleceram
- 149 não foram encontrados nas residências;
- 12 recusaram a realizar a entrevista e com as seguintes justificativas básicas: “Não gosto dessas coisas” e “Não perco meu tempo com essas entrevistas”;
- 260 recusaram a entrevista e não disseram o motivo;
- 2 estavam em situação de privação de liberdade;
- 18 tivemos informação que nunca moraram no endereço urbano cadastrado;

- 6 eram casas vazias sem informação do endereço urbano atual;
- 17 eram endereços inexistentes;
- 3 viajaram sem previsão de retorno;
- 12 nunca moraram no endereço da área rural cadastrada;
- 1 era morador de outro município
- 194 aceitaram participar da entrevista da pesquisa.

Para os pacientes não encontrados foi enviado mensagem por celular explicando sobre a pesquisa e solicitando o retorno se houvesse interesse em participar e obtivemos retorno de 61 pacientes, que foram entrevistados posteriormente. Assim, um total de 255 pacientes foram entrevistados nesta faixa de 10 ou mais retornos ao pronto atendimento no período de um ano da pesquisa.

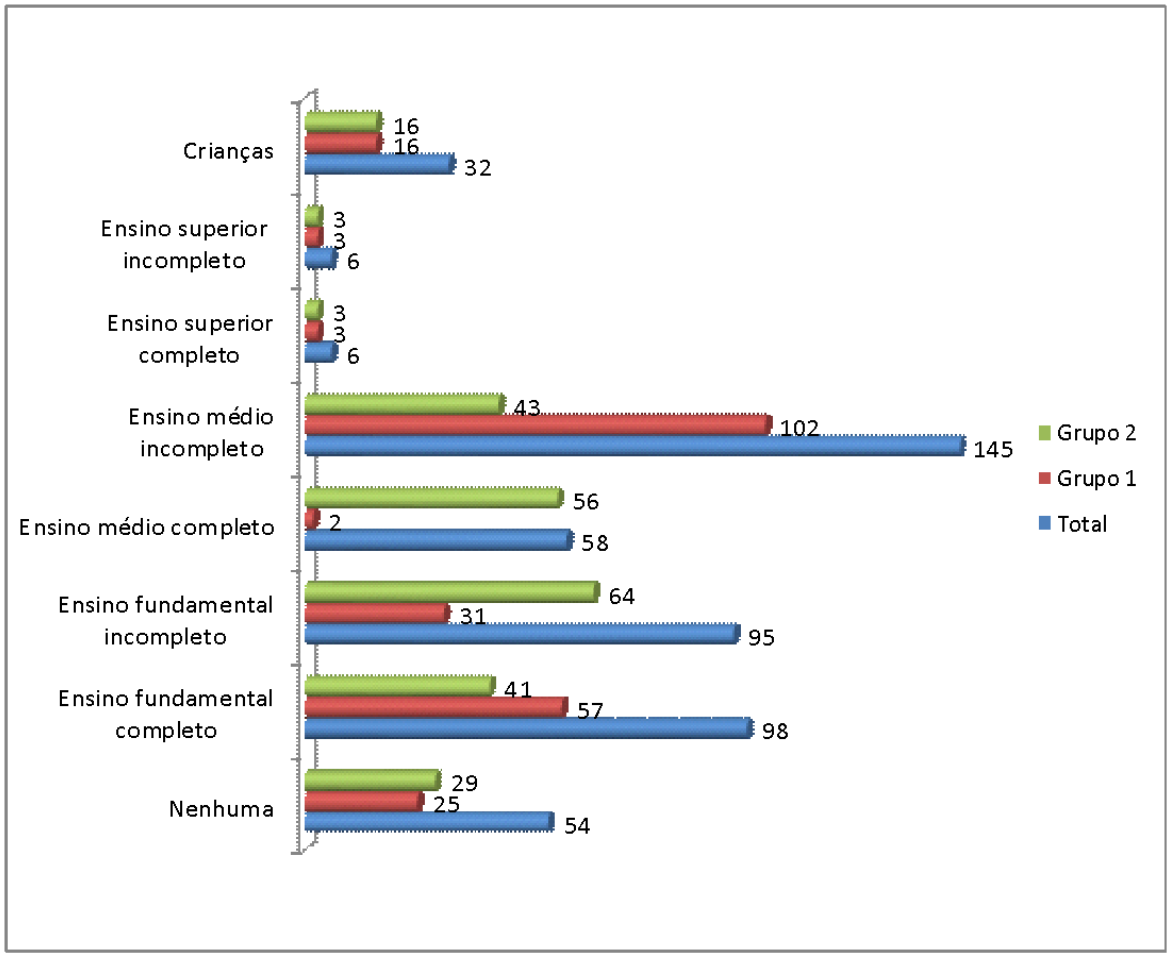
Em relação aos pacientes com 3 a 9 atendimentos/ano, obteve-se êxito com todos os 239 pacientes selecionados na amostragem.

Desta forma, foram realizadas 494 entrevistas com hiperutilizadores do pronto atendimento neste estudo.

Para um melhor entendimento, dividiremos os usuários em dois grupos distintos, sendo o Grupo 1 os usuários de 3 a 9 visitas/ano e Grupo 2 os usuários com 10 ou mais visitas/ano ao serviço de urgência.

Assim, o Gráfico 2 demonstra o perfil de escolaridade dos usuários frequentes/ hiperutilizadores por grupo.

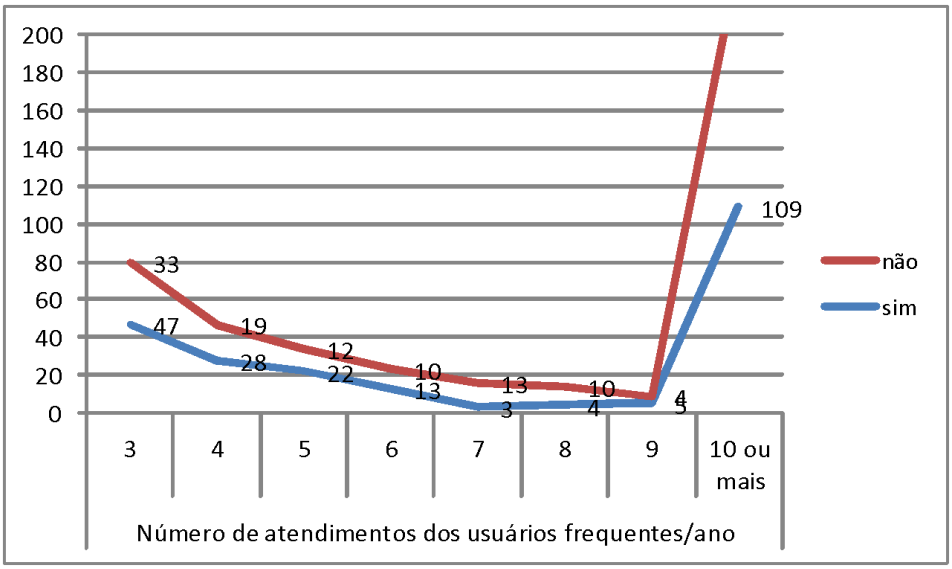
Gráfico 2 - Perfil de escolaridade dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo. Ribeirão Preto, 2018



/.

Em relação ao tabagismo, 50% dos adultos são tabagistas e 50% não são, sendo que 47 usuários com 3 visitas/ano são tabagistas e à medida que aumenta o número de visitas há uma queda no uso, aumentando o uso nos usuários com 10 ou mais visitas/ano. Sendo que o maior consumo é cigarro comum, o gráfico 3 apresenta a quantidade de usuários frequentes tabagistas.

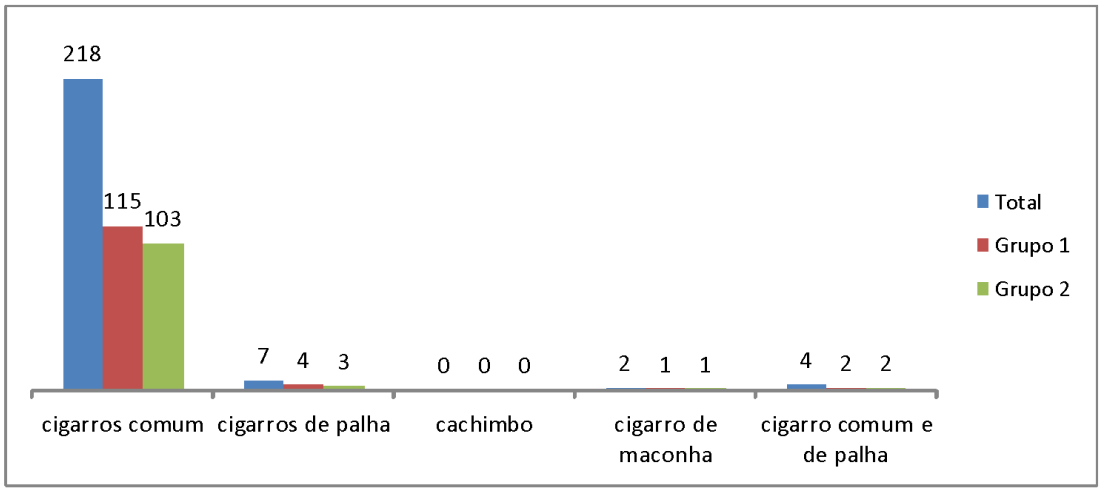
Gráfico 3 - Perfil de uso de tabaco dos usuários frequentes / hiperutilizadores por número de consultas. Ribeirão Preto, 2018



.

Dos 231 usuários tabagistas, 2 usuários (0,86%) relataram o uso de cigarro de maconha, 4 usuários (1,73%) relataram utilizar cigarro comum e de palha juntos, 7 usuários (3%) relataram uso de cigarro de palha, nenhum usuário mencionou o uso de cachimbo e 218 (94,5%) relataram o uso de cigarro comum. O gráfico 4 mostra a preferência dos usuários pelo tipo de tabaco.

Gráfico 4 - Preferência dos usuários frequentes/hiperutilizadores por tipo de tabaco por grupo. Ribeirão Preto, 2018

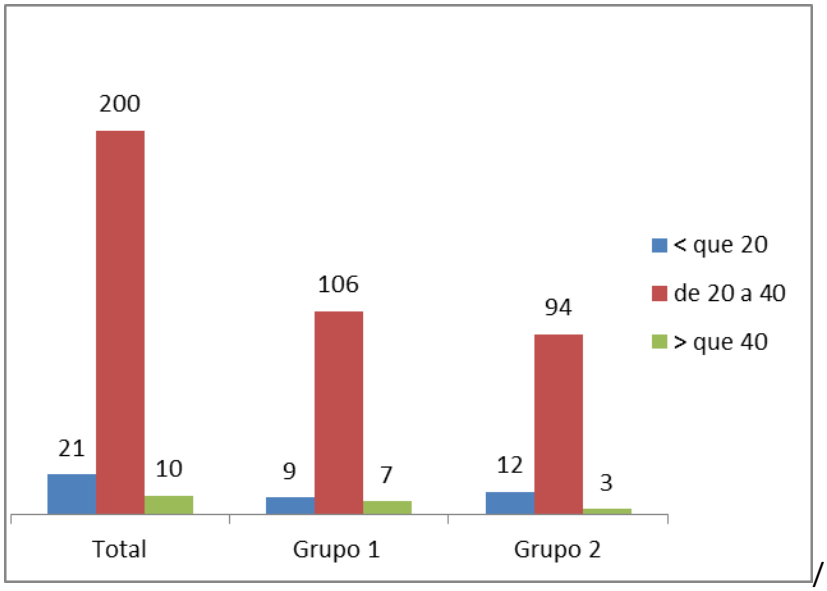


.

Outra informação importante sobre o uso do tabaco pelos usuários frequentes/hiperutilizadores, é o consumo alto de unidades por dia, como representado no gráfico 5.

]

Gráfico 5 - Quantidade de uso de tabaco pelos usuários frequentes/hiperutilizadores por unidades/dia por grupo. Ribeirão Preto, 2018

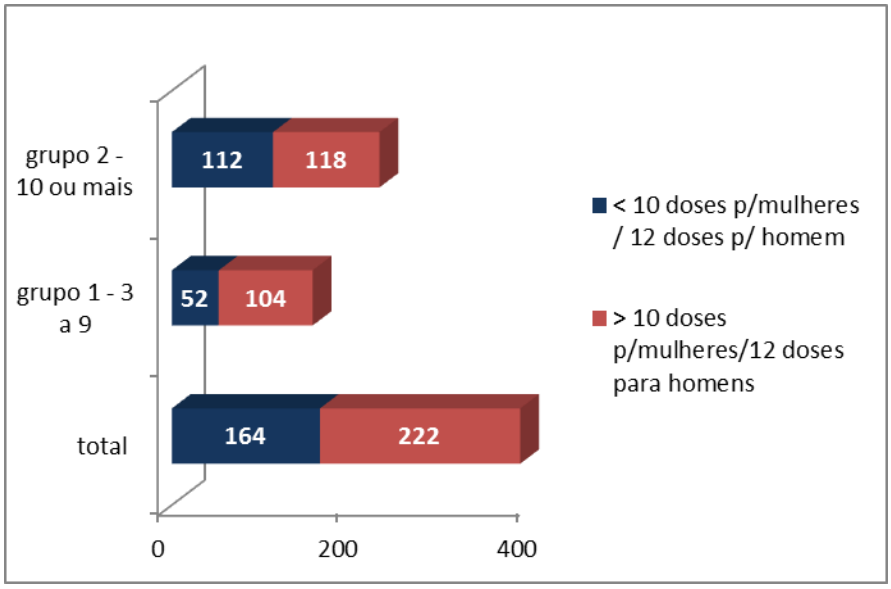


/

.

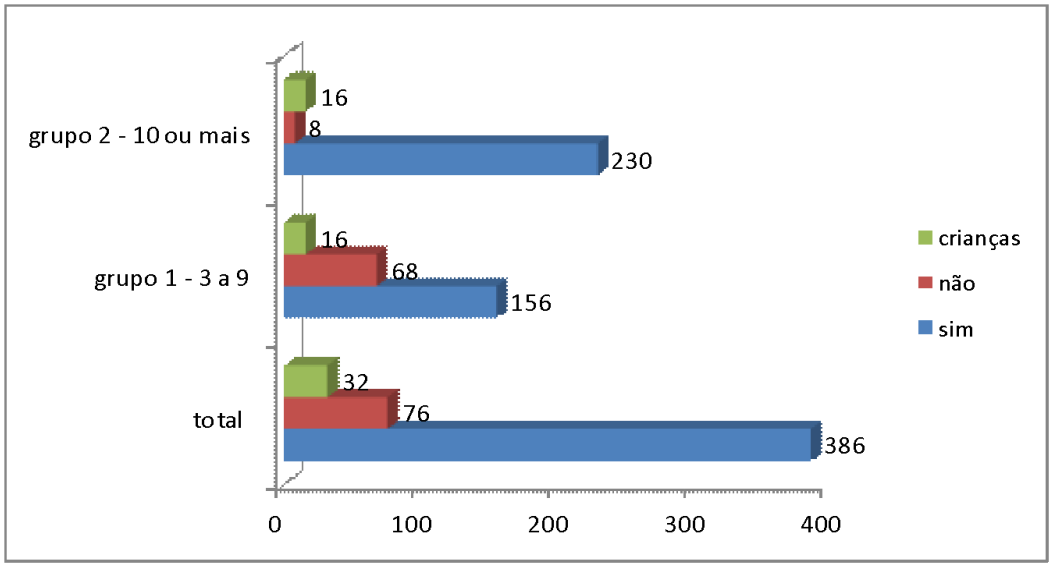
Para avaliarmos o consumo do álcool foi utilizado a dose padrão que é uma unidade de medida que define a quantidade de etanol puro contido nas bebidas alcoólicas. Ainda não existe um consenso internacional sobre a dimensão exata de uma unidade padrão, com definições diferentes entre os países e organizações. Em geral, variam de 8 a 14 gramas (g) de etanol puro. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, estabelece que uma dose padrão contém aproximadamente 10 a 12 g de álcool puro, o equivalente a uma lata de cerveja ou chope (330 ml), uma taça de vinho (100 ml) ou uma dose de destilado (30 ml). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que para se evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, sendo que 1 dose* contém de 8 a 13 gramas de etanol. O gráfico 6 demonstra que os usuários frequentes/hiperutilizadores apresentam um consumo de álcool elevado.

Gráfico 6 - Perfil do uso de álcool dos usuários frequentes/hiperutilizadores por dose por grupo. Ribeirão Preto,2018.



Dos adultos entrevistados 84% fazem uso do álcool e 16% não, destes 58% fazem uso de álcool acima do preconizado para não afetar a saúde. A quantidade de usuários frequentes/hiperutilizadores que fazem uso de álcool está demonstrada no gráfico 7.

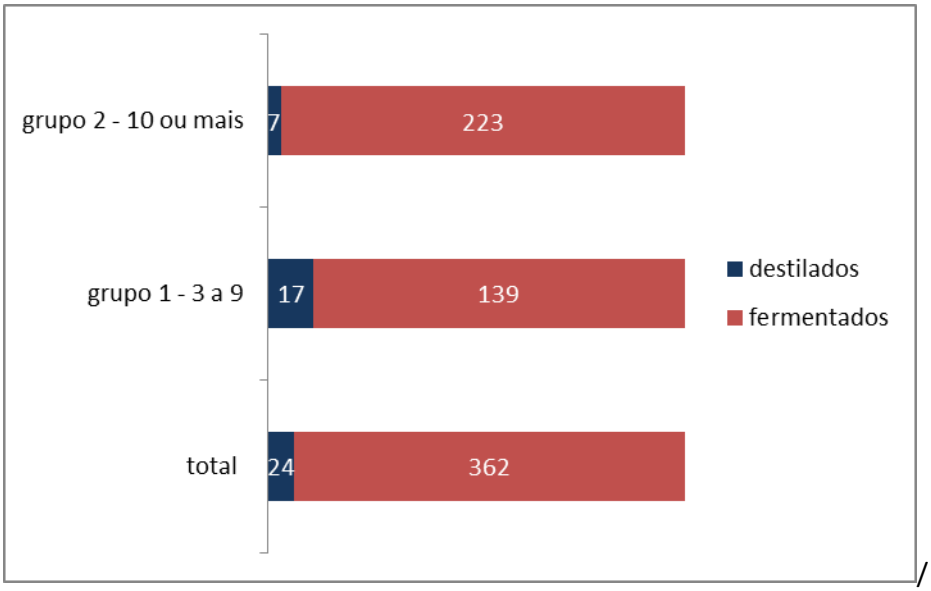
Gráfico 7- Quantidade de usuários frequentes/hiperutilizadores que fazem uso de álcool por grupo. Ribeirão Preto,2018.



/

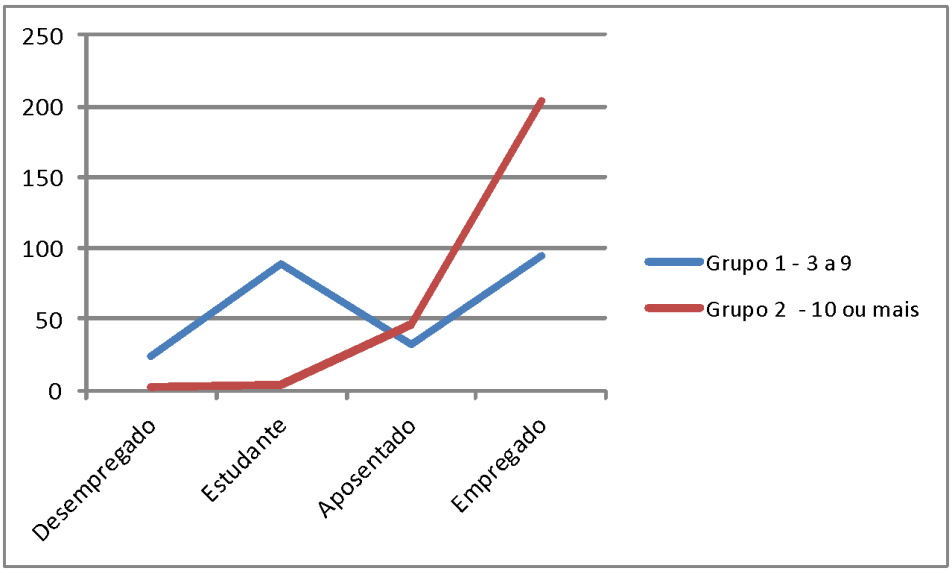
O estudo demonstrou que os usuários frequentes/hiperutilizadores têm maior preferência por bebidas fermentadas (cerveja, vinho e outras) o que pode ser constatado no gráfico 8.

Gráfico 8 - Preferência do tipo de bebida dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo. Ribeirão Preto, 2018.



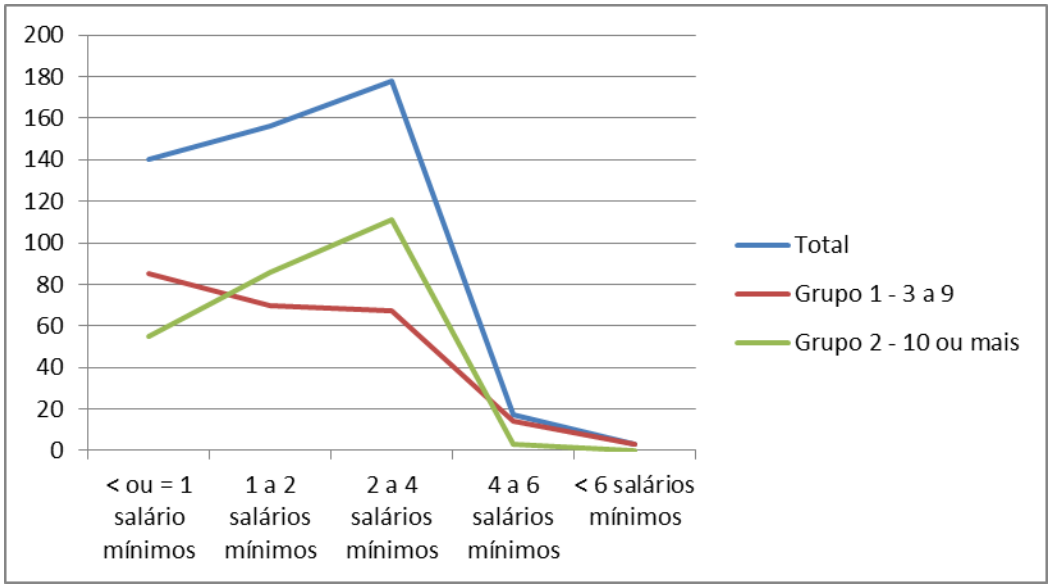
Em relação a renda familiar, dos pacientes usuários frequentes hiperutilizadores, 93 representam crianças e estudantes, dos que estão empregados 50% (298) se dividem em vários tipos de atividades, como diaristas, auxiliar de escritório, auxiliar de supermercado, serviço braçal, esteticista, com a maioria destes usuários frequentes trabalham em empresas metalúrgicas, dado já previsto pois o município conta com empresas multinacionais instaladas, os aposentados representam 19% e os desempregados 6. No gráfico 9, apresentamos o perfil de situação profissional dos usuários frequentes/hiperutilizadores.

Gráfico 9 - Perfil da situação profissional dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo. Ribeirão Preto, 201



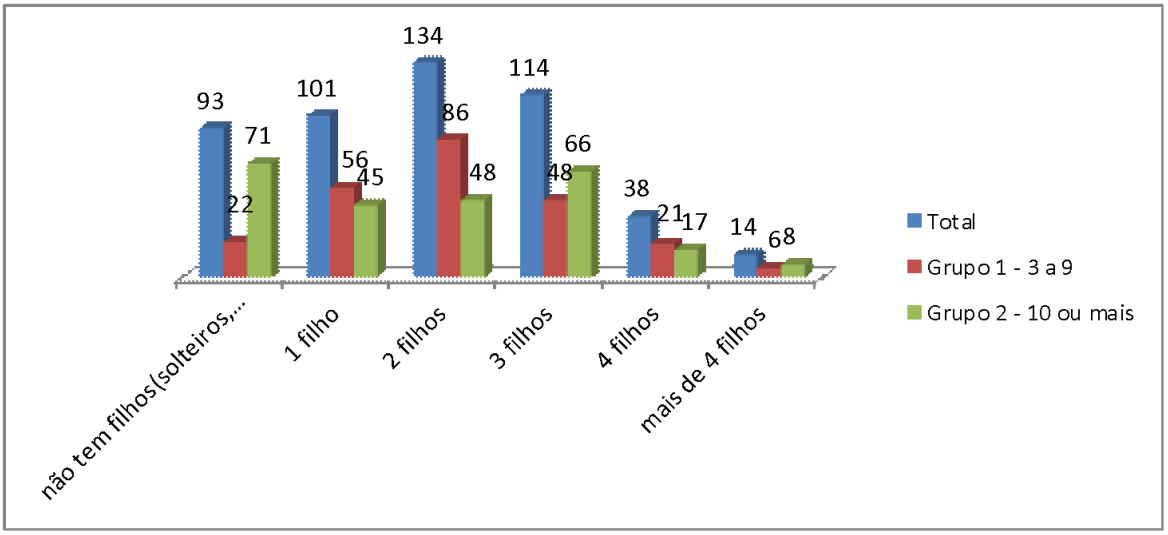
Ainda sobre a renda familiar dos usuários frequentes/hiperutilizadores, constatou-se que a maioria está entre dois a quatro salários mínimos, conforme o gráfico 10.

Gráfico 10 - Perfil de renda familiar dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo. Ribeirão Preto, 2018.



Em relação ao número de filhos dos usuários frequentes/hiperutilizadores. A maioria tem 2 filhos, embora seja uma diferença pequena de quantidade entre 1,2 e 3 filhos.

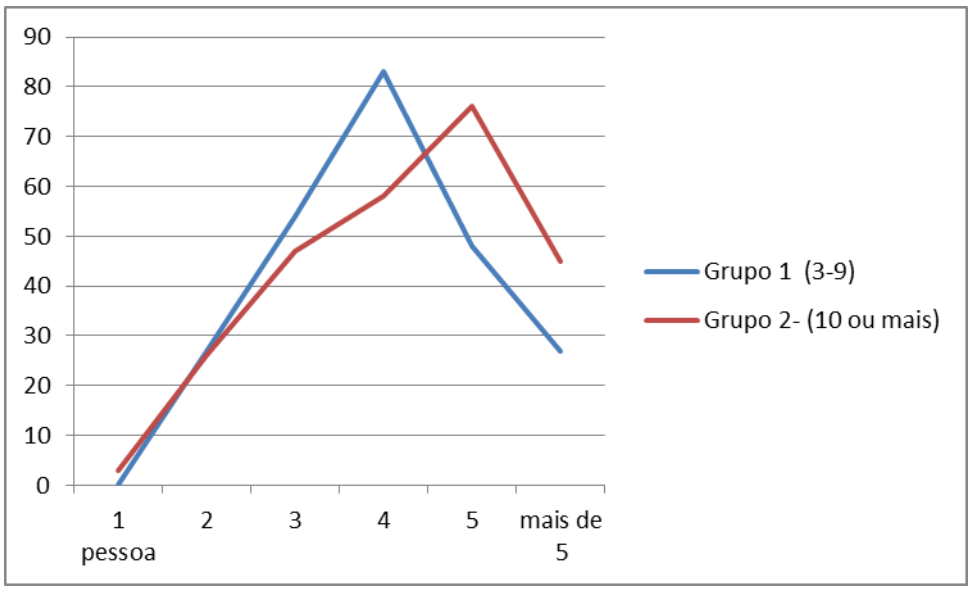
Gráfico 11 - Perfil de quantidade de filhos dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo. Ribeirão Preto,2018.



/

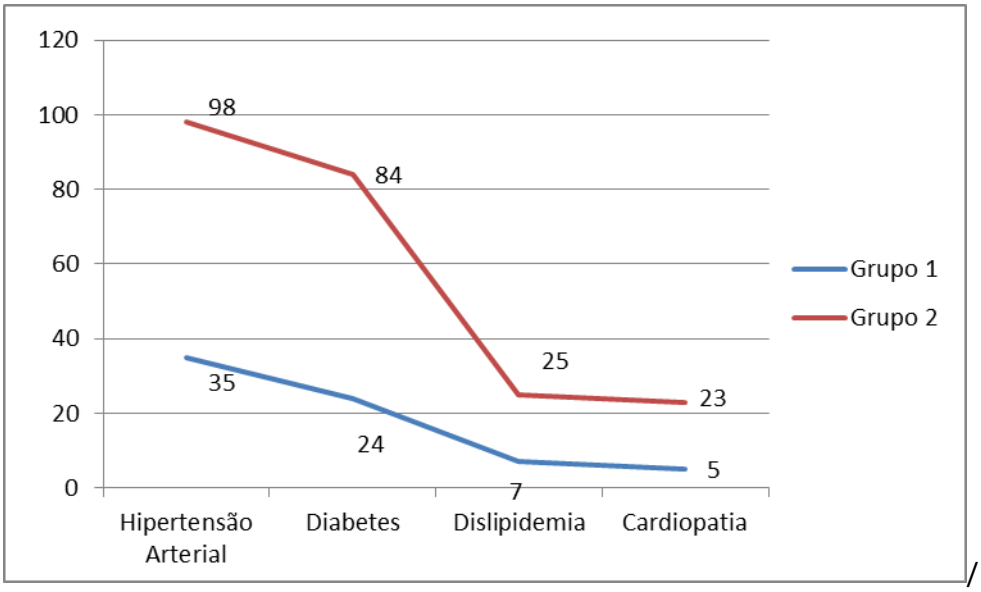
O número de filhos reflete no número de pessoas por domicilio. No gráfico 12 podemos verificar a predominância de 4 pessoas por domicílio.

Gráfico 12. Quantidade de pessoas por domicilio por grupo. Ribeirão Preto, 2018.



O perfil epidemiológico dos pacientes usuários frequentes /hiperutilizadores demonstrou 25% (126) de pacientes hipertensos, 20% (98) de pacientes diabéticos, 6% (32) de pacientes dislipidêmicos, 5.6% (28) cardiopatas e 33% (165) de pacientes portadores de outras patologias como doenças reumáticas, hipotireoidismo, sequelas, etc. No gráfico 13, apresentamos o perfil epidemiológico dos usuários frequentes com as patologias mais frequentes.

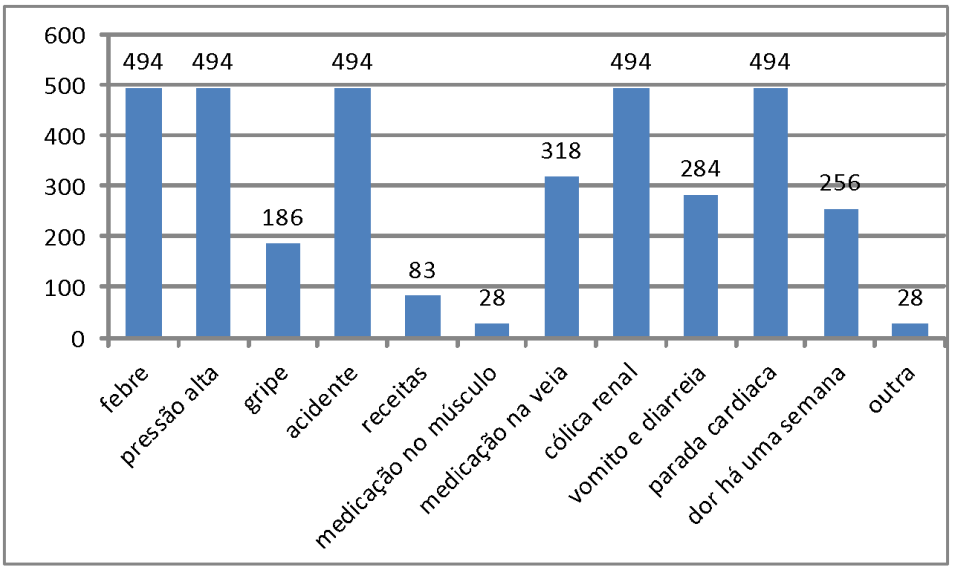
Gráfico 13 - Perfil epidemiológico dos usuários frequentes/hiperutilizadores por grupo. Ribeirão Preto,2018



/

Perguntado aos entrevistados se as queixas apresentadas no gráfico 13 eram por eles consideradas urgências, e 100% considerou febre, pressão alta, cólica renal, parada cardíaca e acidente como urgência, 37% (186) considerou gripe como urgência, 16% (83) considerou solicitação de receitas como urgência, 5.6% (28) considerou medicação no músculo como urgência, 64% (318) considerou medicação na veia como urgência, 57% (284) considerou vomito e diarreia como urgência, 51% (256) considerou dor há uma semana como urgência e 5,6% (28) consideraram outras situações como urgência, conforme gráfico 14.

Gráfico 14 - Situações consideradas urgências pelos usuários frequentes/ hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018



Quando questionados se foram a alguma unidade de saúde antes de ir ao serviço de urgência , disseram que 22% (108) disseram que sim e descreveram os motivos abaixo relacionados:

- ➢ “36 usuários responderam: “Fui, mas não resolveu. “;
- ➢ “13 usuários responderam: “Sim e não tinha vagas. ”;
- ➢ “59 usuários responderam: “Sim, mas o médico já tinha ido embora. ”

As Unidades de Saúde citadas pelos usuários frequentes foram:

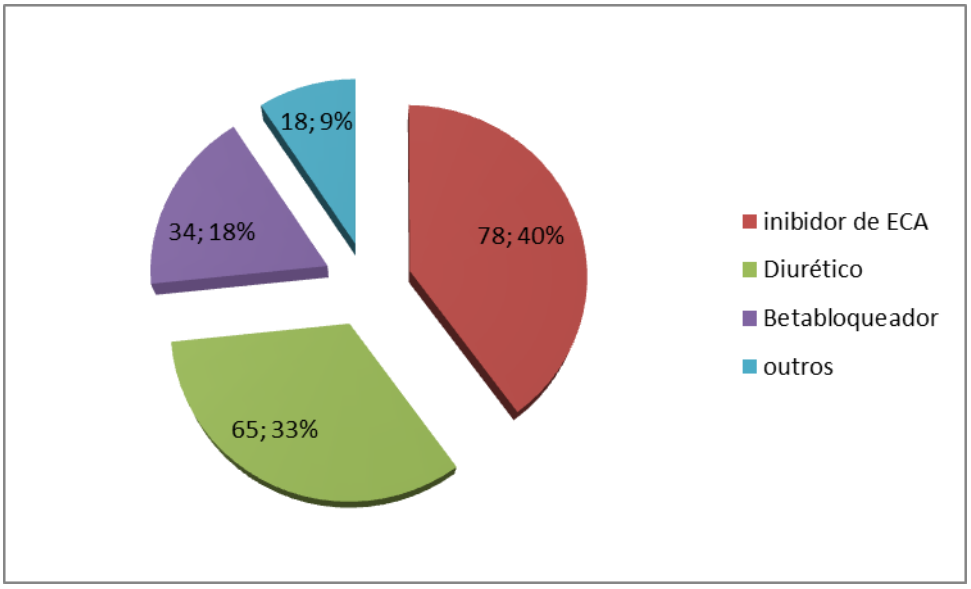
- Unidade de Saúde – João Thiago de Camargo- (16);
- Unidade de Saúde Roberto da Rocha Leão- (26);
- Unidade de Saúde Ezídio Peloso (22);
- Unidade de Saúde Acácio de Oliveira Nunes (14);
- Unidade de Saúde José Ignácio Grellet (17) e
- Unidade de Saúde Dr. José Rodrigues (13).

Entre os pacientes 78% (386) que disseram que não foram a uma unidade de saúde antes de irem ao serviço de urgência, 61% (235) relataram os seguintes motivos:

- 35 usuários responderam: “Era final de semana”;
- 34 usuários responderam: “ Porque lá já faz exames”;
- 59 usuários responderam: “Porque o atendimento é mais rápido”;
- 40 usuários responderam: “Porque não tem médicos na unidade”;
- 30 usuários responderam: “ Porque era noite”;
- 39 usuários responderam: “Porque o médico da Unidade já tinha ido embora”.

Em relação ao uso de medicamentos domiciliares anti-hipertensivos 78% dos usuários utilizam os inibidores de ECA entre eles: captopril, enalapril, lisinopril e ramipril; 33% utilizam diuréticos entre eles: Furosemida, hidroclorotiazida e espironolactona; 18% utilizam betabloqueadores, entre eles: Propronolol, seloken, solozok e atenolol; e 9% utilizam outros medicamentos. O gráfico 15 demonstra a porcentagem de uso para cada categoria de medicamentos.

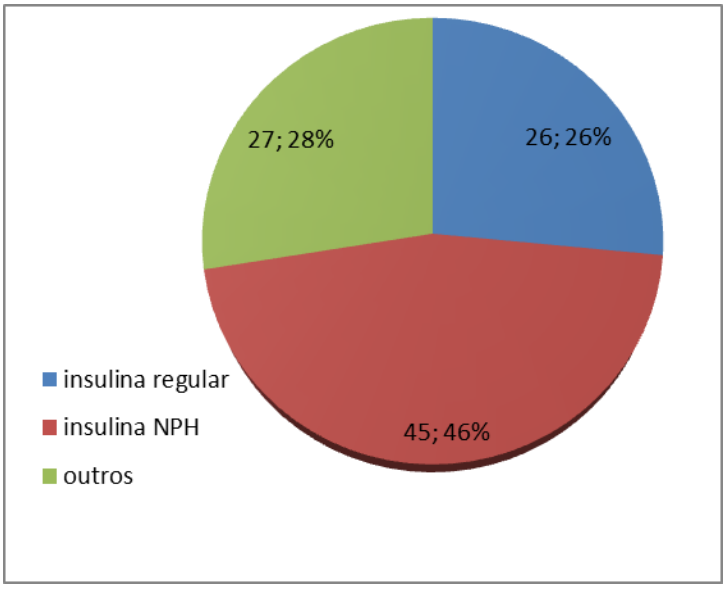
Gráfico 15 - Perfil de uso de medicamentos anti-hipertensivos dos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018.



/

Da mesma forma o uso de medicamentos utilizados pelos usuários frequentes para diabetes demonstrou que os hipoglicemiantes orais são os mais utilizados com 46%, as insulinas regulares e a NPH ficaram em torno de 26% de uso, podendo ser visualizado o perfil de uso destes medicamentos no gráfico 16.

Gráfico 16 - Perfil de uso de medicamentos anti-glicemiantes dos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018



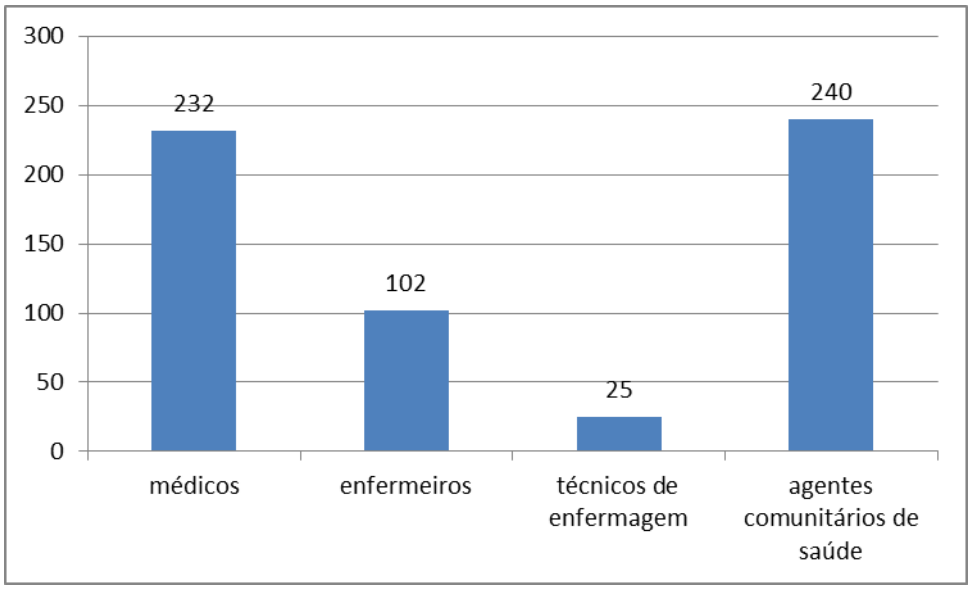
.

Ainda sobre a avaliação dos medicamentos, dos 32 usuários com dislipidemia todos utilizavam estatinas entre eles: sinvastatina e atorvastatina, quanto ao Ácido acetil salicílico (AAS) 28 usuários relataram o uso.

Pelo relato dos usuários frequentes, estes medicamentos são retirados 68% da Farmácia Municipal, 18% da farmácia Popular e 12% da Farmácia do componente especializado (Alto Custo) que vem do Estado.

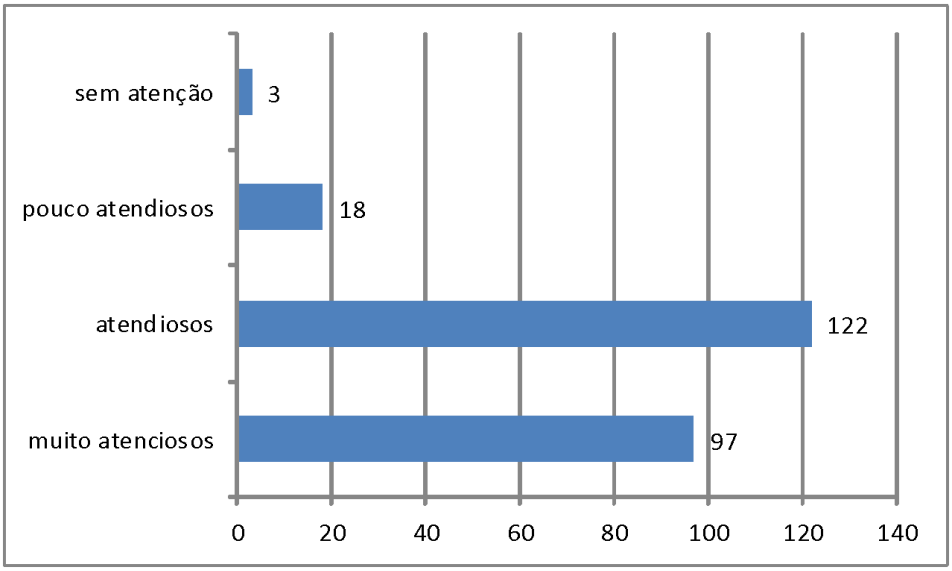
Em relação a visitas domiciliares dos 494 usuários frequentes/hiperutilizadores, 240 (48%) responderam que recebiam visitas de algum profissional de saúde e 254 (52%) responderam que não recebiam. Em análise dos que não recebiam pode-se verificar que o domicilio destes usuários não faziam parte de território de Estratégia de Saúde da Família. Dentre as visitas domiciliares os profissionais que mais os usuários frequentes/hiperutilizadores receberam visitas foram os agentes comunitários de saúde, conforme gráfico17.

Gráfico 17 - Profissionais que realizam visita domiciliar aos usuários frequentes/ hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018



Quando questionados sobre como avaliavam os profissionais nas visitas domiciliares 51% dos usuários frequentes consideraram os profissionais atenciosos, 40% consideraram os profissionais muito atenciosos, 7,75% pouco atenciosos e 1,25% consideraram que os profissionais não dão atenção durante a visita domiciliar. O gráfico 18 traz a avaliação dos usuários frequentes/hiperutilizadores em relação aos profissionais que realizam as visitas.

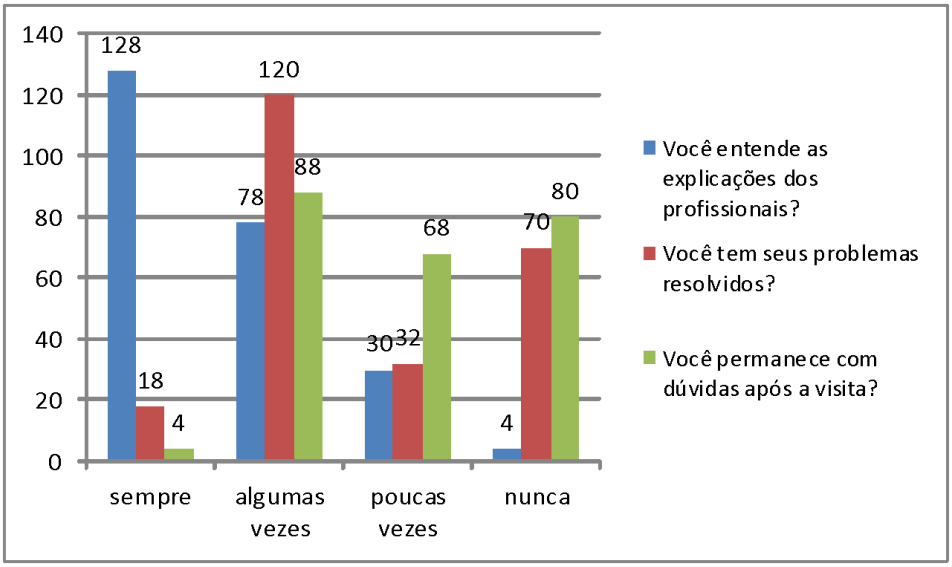
Gráfico 18 – Avaliação dos profissionais que realizam as visitas domiciliares pelos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto,2018



/

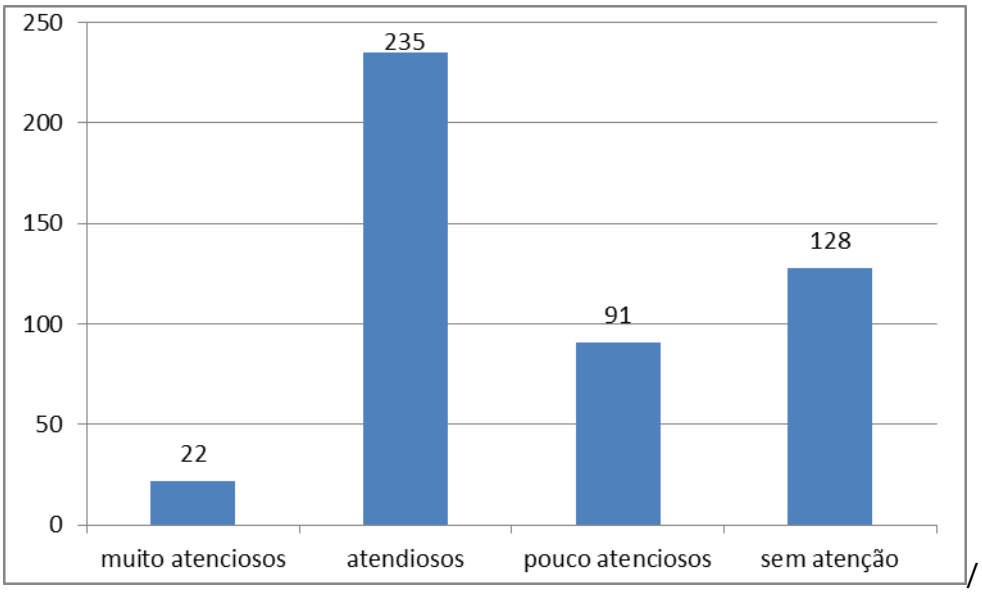
Sobre a frequência das visitas domiciliares aos usuários frequentes, 97% são realizadas a cada trinta dias, 3% a cada 15 dias e de acordo com as respostas dos usuários frequentes, nenhum usuário recebe visitas a cada 7 dias ou visitas com período superior a 30 dias. Quando questionados sobre a efetividade da visita domiciliar a maioria dos usuários frequentes responderam que entendem as explicações dos profissionais, porém a maioria tem seus problemas resolvidos apenas algumas vezes e ainda permanecem com dúvidas. O gráfico 19 traz a percepção dos usuários frequentes em relação às visitas domiciliares.

Gráfico 19 - Percepção dos usuários frequentes quanto às visitas domiciliares. Ribeirão Preto,2018



Os usuários frequentes foram questionados também sobre a utilização das Unidades de Saúde, melhor dizendo, se faziam acompanhamento de saúde nas Unidades de Saúde, 394 (79%) responderam que sim, 18 (4%) responderam que não por acompanharem em consultório devido serem conveniados e 82 (17%) responderam que não fazem acompanhamento mais utilizam o serviço. Os profissionais das unidades de saúde foram bem avaliados pelos usuários frequentes como demonstra o gráfico 20.

Gráfico 20 - Avaliação dos profissionais das Unidades de Saúde pelos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto,2018

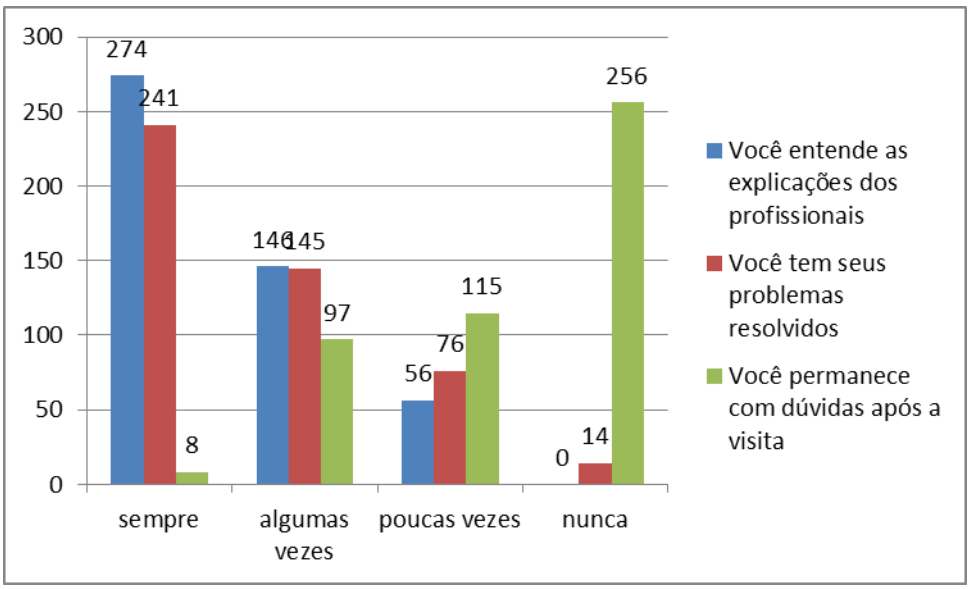


/

.

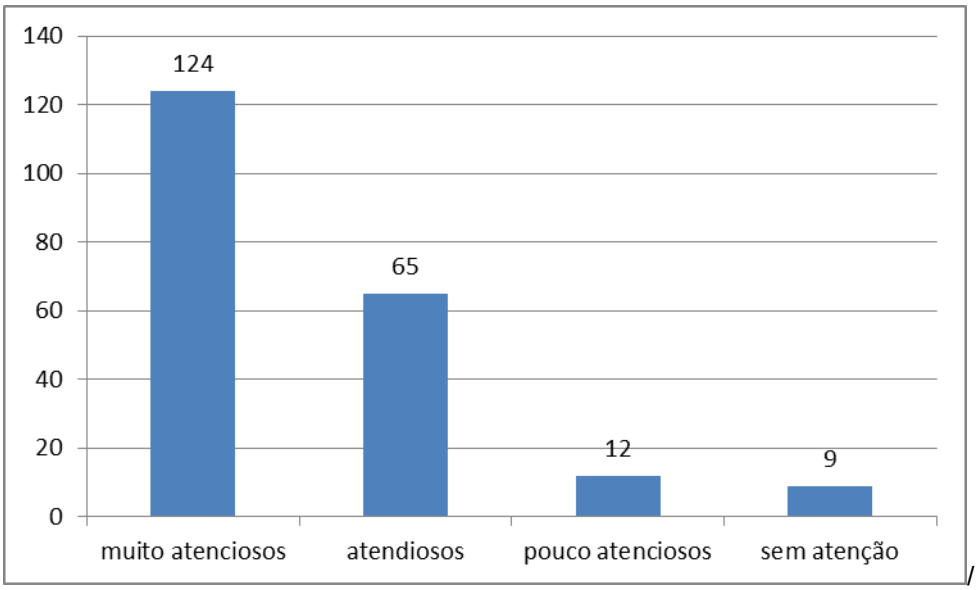
Em relação à efetividade do atendimento a maioria dos usuários frequentes, entendem as explicações dos profissionais das unidades de saúde, tem seus problemas resolvidos e poucos permanecem com dúvidas, conforme o gráfico 21.

Gráfico 21 - Avaliação da efetividade do atendimento dos profissionais das Unidades de Saúde pelos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018.



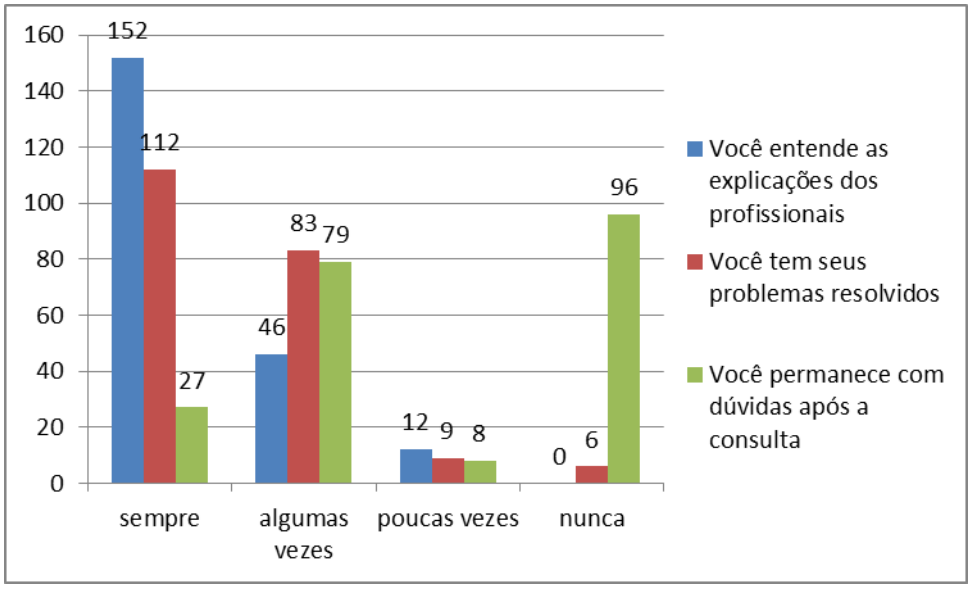
Avaliando também o ambulatório de especialidades médicas, dos 494 usuários frequentes, apenas 210 pacientes, ou seja, 42,5% fazem acompanhamento no ambulatório e os que utilizam o serviço fizeram uma boa avaliação da equipe, apontada no gráfico 22.

Gráfico 22 - Avaliação dos profissionais do Ambulatório de Especialidades pelos Usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018



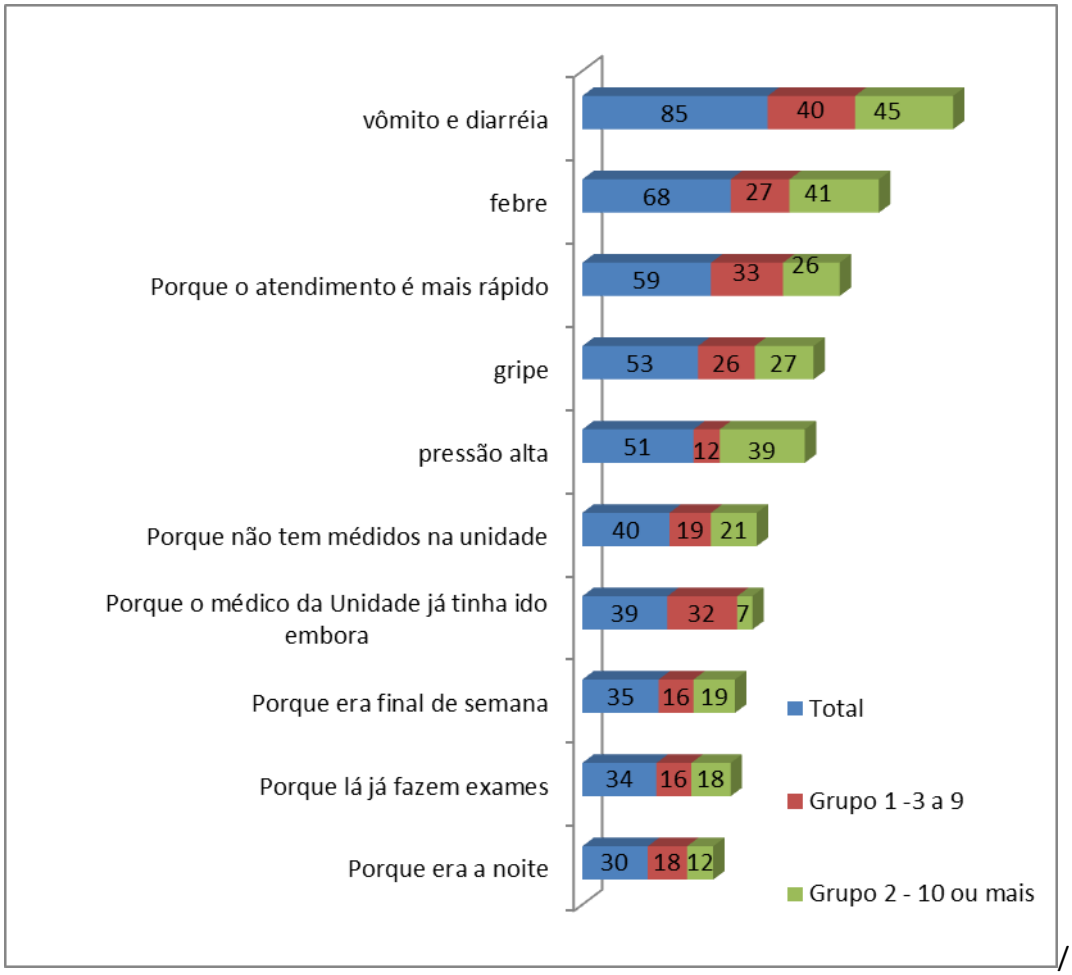
Em relação a efetividade do atendimento do ambulatório de especialidades, a maioria dos usuários entendem as explicações, tem seus problemas resolvidos e nunca tem dúvidas, podendo ser visualizado os dados no gráfico 23.

Gráfico 23 - Avaliação da efetividade do atendimento dos profissionais do Ambulatório de Especialidades pelos usuários frequentes/ hiperutilizadores. Ribeirão Preto,2018



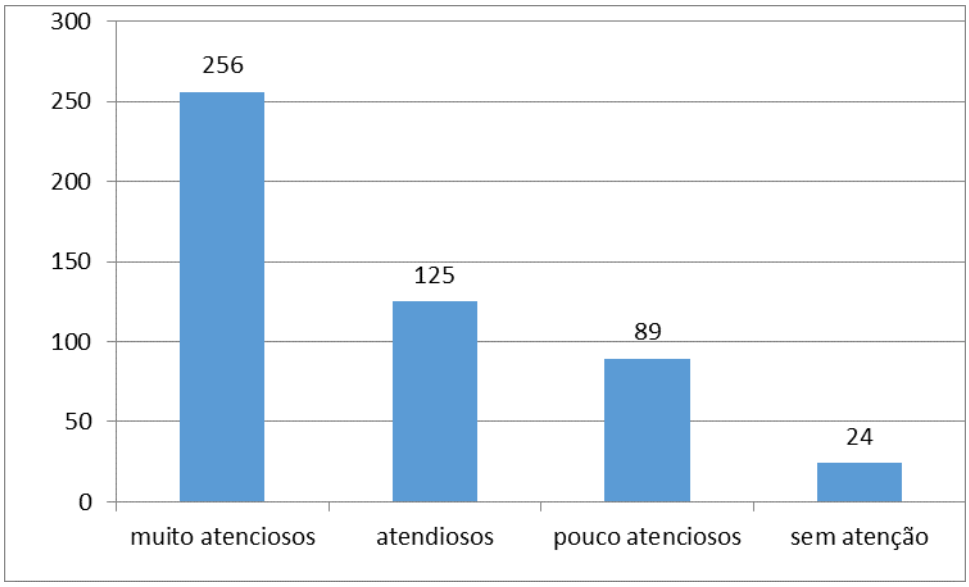
Quando questionados do real motivo de sua ida ao serviço de urgência 257 (52%) usuários frequentes responderam que foram por alguma queixa ou patologia e 237 (48%) responderam outros motivos, entre eles por não ter médicos na unidade, porque o médico já tinha deixado a unidade, porque era final de semana, porque era período noturno e porque no serviço de urgência já se realizava os exames, o gráfico 24 quantifica estas respostas dos usuários.

Gráfico 24 - Principais motivos pela procura dos usuários frequentes ao serviço de urgência, por grupo. Ribeirão Preto, 2018.



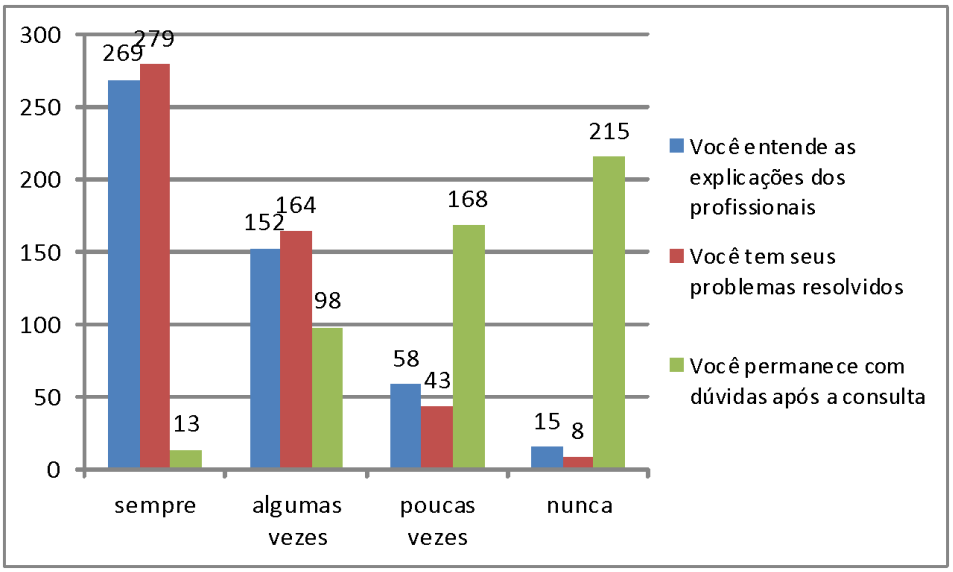
Na avaliação da qualidade do serviço de urgência municipal, 385 usuários correspondentes a 78% responderam que sempre tomam medicação após as consultas, 60 usuários, ou seja, 12% responderam que algumas vezes tomam medicação e 49 usuários correspondente a 10% responderam que poucas vezes tomam medicação. Em relação aos exames somente 55 usuários, aproximadamente 11% realizaram exames laboratoriais e 8% (40) exames de imagem como raio X e outros. A maioria dos usuários frequentes/hiperutilizadores avaliou a equipe da unidade de urgência como muito atenciosa, conforme o gráfico 25.

Gráfico 25 - Avaliação dos profissionais do serviço de urgência pelos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018



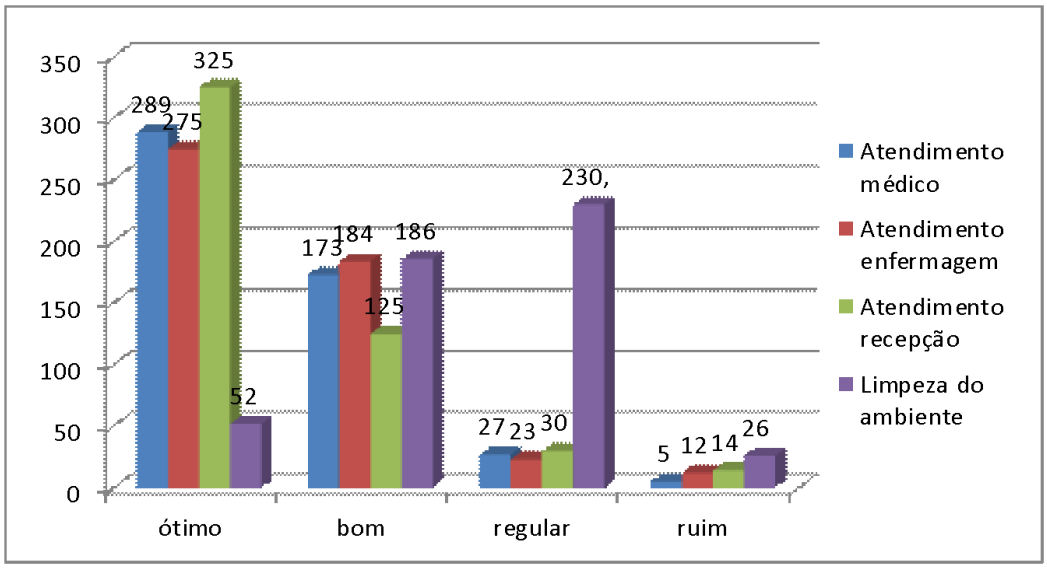
Sobre a efetividade do atendimento no serviço de urgência, a maioria dos usuários frequentes relataram que entenderam as explicações dos profissionais, tiveram seus problemas resolvidos e não permaneceram com dúvidas, gráfico 26.

Gráfico 26 - Avaliação da efetividade do atendimento dos profissionais do serviço de urgência pelos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018.



Para conhecer ainda mais a percepção dos usuários frequentes sobre os profissionais do serviço de urgência, foi questionado o atendimento por categoria profissional e apenas 11% avaliaram o serviço ruim, porém a maioria ficou entre bom e ótimo.

Gráfico 27 - Avaliação do serviço de urgência por categoria pelos usuários frequentes/hiperutilizadores. Ribeirão Preto, 2018



Ao término da entrevista foi perguntado aos usuários frequentes se gostariam de mencionar mais alguma situação e obtivemos as seguintes respostas:

1. Aumentar mais um médico no atendimento do Pronto Socorro devido à demora no atendimento, resposta de 24 usuários;
2. Vocês já perguntaram tudo, resposta de 294 usuários;
3. Não tenho mais nada para perguntar, resposta de 176 usuários.

5 DISCUSSÃO

A análise dos dados mostrou que há necessidade de atualização de cadastro, pelo serviço de urgência público, pois a maioria dos usuários frequentes/hiperutilizadores do grupo 2 não foram encontrados pelo endereço cadastrado. A atualização do cadastro nos serviços de saúde se faz necessário e é

um importante dado para a gestão, pois se trata de acessibilidade do usuário, de identificação territorial para tomada de decisões, da facilidade de comunicação dos serviços de saúde com o usuário e da gestão de relacionamento com o usuário.[15]

No que se refere ao grau de instrução os usuários frequentes estão em situação preocupante, pois são em sua maioria indivíduos que não terminaram os estudos, apresentando apenas 24% com ensino médio completo e 2,4% com ensino superior completo. Um estudo brasileiro no Rio Grande do Sul também demonstrou esta preocupação.[16] Outro estudo realizado em Minas Gerais considera que a falta de instrução é fator determinante para que o indivíduo tenha a percepção do cuidado à saúde.[17]

Os usuários frequentes são em 50% tabagistas, com uso de tabaco igual ou maior que 20 cigarros ao dia. O uso do tabaco está associado as doenças respiratórias e crônicas[18] e as doenças respiratórias e crônicas, segundo estudos estão associadas aos usuários frequentes.[15,19]

A análise do estudo mostrou que 83% dos usuários frequentes, fazem uso de álcool e que 60% deles estão no grupo de usuários com mais de dez visitas/ano, com prevalência de escolha de produtos fermentados em 93% dos usuários. O uso do álcool aparece em vários estudos sobre usuários frequentes, seja pela representatividade no serviço de urgência,[20] ou pelas patologias relacionadas ao álcool, mas também há estudo em que o uso do álcool é baixo.[21] Neste estudo o uso de álcool e tabaco são mais incidentes no grupo que visita o serviço de urgência igual ou mais que 10 visitas/ano.

Já no que diz respeito a renda dos usuários frequentes, apenas 6% dos usuários não tem renda devido ao desemprego, o restante se divide em aposentados, estudantes e trabalhadores, com renda entre dois a quatro salários mínimos e estes estão em maior demanda no grupo 1 que são usuários que frequentam o serviço de urgência de 3 a 9 visitas/ano. O número de filhos varia de 1 a 3, e em média 4 pessoas residem no domicilio. Este dado confronta estudos realizados que relatam que usuário frequente é economicamente vulnerável, detém muitas pessoas na família e muitos vivem em situação de pobreza.[22,23,24,25]

Dentre os usuários frequentes, 25% eram hipertensos, 20% diabéticos, 6% dislipidêmicos, 5,6% cardiopatas e 33% relataram outras doenças crônicas como hipotireoidismo, doenças reumática, sequelas, etc., os pacientes com doenças crônicas prevalecem no grupo 2 que visitam o serviço de urgência 10 ou mais vezes

no ano. Vários estudos apontam que a agudização das doenças crônicas podem ser a causa das visitas dos usuários frequentes ao serviço de urgência.[23,24] Outros estudos citam também as doenças psiquiátricas dentro destes usuários.[26]

Em relação a percepção do usuário frequente quando questionado sobre o que pode ser considerado urgência, a maioria demonstrou conhecer uma situação de urgência, porém um grupo pequeno ainda acha que solicitação de receitas, medicações externas e estados gripais são situação que merecem visitas ao serviço de urgência. Os pesquisadores apontam para a necessidade de conscientização da população e de ações que apresentem resultados para a diminuição da demanda dos serviços de urgência.[16,27]

Dos usuários que procuraram o serviço de urgência 28% procurou por uma unidade de saúde antes, mas alegaram não ter médicos ou que os médicos já tinham ido embora e 78% não chegaram a procurar as unidades, alegando ser final de semana, ser período noturno ou porque o atendimento era mais rápido.

Sobre o uso de medicamentos domiciliares anti-hipertensivos os mais utilizados foram os inibidores de ECA (78%), seguidos por diuréticos 33%, os betabloqueadores (18%), e 9% utilizam outros medicamentos. Já os medicamentos mais utilizados pelos usuários frequentes para diabetes prevaleceram o uso de hipoglicemiantes orais em relação as insulinas. Todos os pacientes dislipidêmicos utilizavam estatinas. Estudo realizado em Minas Gerais apresentou maior utilização dos anti-hipertensivos diuréticos e também apontou os hiperglicemiantes orais mais utilizados.[28]

A avaliação dos usuários frequentes em relação as equipes, a efetividade no atendimento e nas visitas domiciliares; e às equipes de saúde das unidades, ambulatório de especialidades e serviço de urgência, foi satisfatória, eles demonstraram que gostam do serviço e que são bem atendidos.

Quando questionados do real motivo da procura ao serviço de urgência 48% do total dos usuários frequentes, equiparando as respostas dos dois grupos 1 e 2 responderam que procuram o serviço por não ter médicos na unidade de saúde, porque os médicos muitas vezes já saíram da unidade, por ser final de semana, por ser período noturno e porque no serviço de urgência já se realiza os exames laboratoriais e de imagem e é mais rápido. Esta realidade também em é apontada em outros estudos.[15,16,20]

A atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde,

três funções: resolução, coordenação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação consiste em organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a função de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.[26]

Nos Estados Unidos, várias iniciativas clínicas que melhoraram o acesso a um prestador de cuidados de saúde em ambulatório resultaram numa diminuição do uso excessivo das urgências, no caso dos adultos.[27] Outros estudos demonstraram também que programas de gestão de cuidados de saúde podem reduzir o número de visitas ao hospital, diminuir os custos, e melhorar os resultados em relação as doenças crónicas.[28]

6 CONCLUSÃO

Este estudo apontou que os usuários sabem reconhecer uma situação de urgência, porém utilizam o serviço de urgência pela rapidez do atendimento, resolutividade e facilidade de acesso, demonstrando assim lacunas na rede de saúde do município, que merece ser considerada. Uma atenção básica resolutiva diminui a procura do usuário no serviço de urgência, para tal há necessidade de estabelecer vínculo das equipes com os usuários. Assim, o plano de relacionamento com o cliente que o PRM propõe estabelece e reforça os laços de fidelidade das equipes com os pacientes, efetivando o trabalho das Estratégias de Saúde da Família, principalmente dos agentes comunitários de saúde, personalizando e individualizando o cuidado para promoção da saúde e prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

1. Jackson R, Wang P. Database marketing estratégico. São Paulo: IBDM; 1997.

2. Kotler P, Shalowitz J, Stevens RJ. Marketing estratégico para área de saúde. A construção de um sistema de saúde voltado ao cliente. Porto Alegre: Bookman; 2010.

3. Cardoso MS, Gonçalves Filho C. CRM em ambiente e-business: como se relacionar com clientes aplicando novos recursos da Web. São Paulo: Atlas,

2001.

4. Cunha, SRR. Customer Relationship Management - uma estratégia [mestrado]. Porto. Faculdade de Economia do Porto-FEP. Economia em Gestão; 2012.

5. Siau K. Healthcare informatics. Inform Tech Biomed. 2003; 7(1):1-7.

6. Leppi U. Auf dem Weg zum individuellen Gesund heits management. Trends auseiner Studie. In: Pharma-Marketing Journal (PMJ). 25 Jg, Nr2, 2001.

7. Barreto, M. I. F. A model for planning, implementing and following the Customer Relationship Management's (CRM) strategy. Doctor's Degree Dissertation – Engineering School of São Carlos, University of São Paulo, São Carlos, 2007.

8. Kotler P. Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.

9. Yousefi K, Kargari M. Patient relationship management method, an approach toward patient satisfaction: a case study in a public hospital. Int J Travel Med Global Health. 2014; 2(1):11-7.

10. Oinas-Kukkonen H, Räisänen T, Hummastenniemi N. Patient relationship management: an overview and study of a follow-up system. J Healthc Inf Manag. 2008; 22(3):24-9.

11. Meier A, Mendimi G, Stamm E. Report e-health patient relationship management. in: Seminário de Governo Eletrônico da Universidade de Friburgo, 2007.

12. Rijo R, Martinho R. O patient relationship management: conceitos e desafios. Disponível em: http://ciis.fmrp.usp.br/orah/files/iasis2014/Sessao1_RuiRijo_PatientRelationship.pdf, Acesso em 16 de outubro de 2015.

13. Brasil. Ministério da saúde. Resolução nº 466 de 12 dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [citado 16 nov. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP. Brasília: 2013. [citado 03 ago. 2016]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

15. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde Soc. 2015; 24(1): 100-12.

16. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

2015; 23(2): 337-44.

17. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2004; 13(4): 201-8.

18. Rodrigues VS, Silva JG, Oliveira MS. Habilidades sociais e tabagismo: uma revisão de literatura. Arq Bras Psicol. 2011; 63(1): 31-41.

19. Wu J et al. A practical method for predicting frequent use of emergency department care using routinely available electronic registration data. BMC Emerg Med. 2016; 16:12-20.

20. Byrne M et al. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. Ann Emerg Med. 2003; 41(3):309-18.

21. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic Analysis of an Urban, Public Emergency Department's Frequent Users. Acad Emerg Med. 2000; 7(6): 637-46.

22. Milbrett P, Halm M. Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. J Emerg Nurs. 2009; 35(3):191-8.

23. Hunt KA et al. Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. Ann Emerg Med. 2006; 48(1):1-8.

24. Sandoval E et al. A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. J Emerg Med. 2010; 38(2): 115-21.

25. Oliveira A. Hiperutilizadores de urgência. Acta Med Port. 2008; 21(6): 553-8.

26. Shiber JR, Longley MB, Brewer KL. Hyper-use of the ED. Am J Emerg Med. 2009; 27(5):588-94.

27. LaCalle E, Rabin E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. Ann Emerg Med. 2010; 56(1):42-8.

28. Gontijo MF et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(7): 1337-46.

29. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

30. Neuman MI et al. Characteristics of recurrent utilization in pediatric emergency departments. Pediatrics. 2014; 134(4):e1025-31.

31. Mccarthy D, Cohen A, Johnson MB. Gaining ground: care management

programs to reduce hospital admissions and readmissions among chronically ill and vulnerable patients. 23 jan. 2013. [citado 18 jun. 2016]. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2013/jan/gaining-ground-care-management-programs-reduce-hospital-admissions.

ANEXOS

FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FMRP-USP
RIBEIRÃO PRETO

ANEXO 1

INSTRUÇÕES PARA A ENTREVISTA E COLETA DE DADOS DA PESQUISA INTITULADA:

Avaliação dos usuários Frequentes dos Serviços de urgência e emergência do Município de Monte Alto

1- A data da entrevista deverá ser marcada com antecedência, e a situação na qual ela se realizará deve ser discreta;

2- Não é bom deixar que o entrevistado fique esperando pela “próxima pergunta”, por isso é recomendável que as anotações sejam registradas na medida em que ele responde;

3- A boa relação entre entrevistado e entrevistador é fator indispensável. Para tanto, procure não demonstrar insegurança ou admiração diante do entrevistado.

4- Outro aspecto, também de total relevância, é a objetividade por parte do entrevistador. Assim sendo, procure ser o mais objetivo possível, com vistas a não tornar o procedimento cansativo, ou muito longo;

5- Para não deixar que o entrevistado se sinta falando sozinho, procure encorajá-lo durante as respostas;

6- Deixar o entrevistado à vontade (procurando mais ouvir do que falar) e obter sua confiança são atitudes que só trarão benefícios.

7- Manter-se o mais imparcial possível, procurando não emitir opiniões, com certeza passará mais segurança e confiabilidade ao entrevistado.

8- Procure usar roupas adequadas e discretas.

9- Pacientes sem condições de responder por quaisquer motivos poderá ser realizada entrevista com o responsável.

10- Alguns itens podem conter mais de uma resposta.

11- Cumprimente o usuário ao chegar.

12- Identifique-se CORRETAMENTE.

13- Leia o Termo de Consentimento onde explica ao usuário como será feita a pesquisa.

14- Entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para o usuário, se o mesmo não souber ler, leia e explique o termo.

15- Solicite a assinatura do usuário.

16- Realize a entrevista conforme os itens.

17- Termine a entrevista agradecendo e se colocando à disposição para qualquer dúvida.

18- Mantenha ética.

FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FMRP-USP
RIBEIRÃO PRETO

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor [(a)],

O Senhor [(a)] está sendo convidado para participar de uma pesquisa intitulada "Avaliação dos usuários frequentes do serviço de urgência e emergência do município de Monte Alto". O objetivo é identificar porque os usuários procuram o serviço de urgência frequentemente em situação de não urgência e tem como pesquisadora responsável, a aluna da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Sueli Regina Alves de Melo, mestranda do Curso de Gestão de Organizações de Saúde - FMRP; orientada pelo prof. Dr. Gerson Alves Pereira Junior, docente do Departamento de Clinica Médica da FMRP-USP, e os agentes comunitários de saúde do município como colaboradores, os quais podem ser contatados pelo e-mail sueliramelo2000@hotmail.com ou telefones (16) 32429783 ou (16) 997992101.

Para isto serão entrevistados os usuários com mais de dez consultas no ano durante o período de agosto de 2015 a agosto de 2016. O tempo necessário para a entrevista é de aproximadamente 30 minutos, sendo que será realizado em visita domiciliar pelo entrevistador, agendado pelo entrevistado.

Todas as informações serão colocadas em um banco de dados para análise e serão mantidas em segredo pela equipe responsável da pesquisa e não serão mencionados seus dados pessoais (nome completo, endereço, telefone, data de nascimento, número de filhos e número de pessoas na família) nas divulgações em publicações científicas; você será identificado apenas com um número.

Como risco à sua participação consideramos a invasão de privacidade, responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo a ser revelado; divulgação de dados confidenciais e tomar o seu tempo ao responder ao questionário/entrevista.

Rubrica do Participante Pesquisa	**Rubrica do Pesquisador Principal**

FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FMRP-USP
RIBEIRÃO PRETO

Como benefício, a sua participação será essencial para verificarmos o principal motivo que leva o paciente a frequentar um serviço de urgência e disponibilizarmos estratégia para conscientização e encaminhamento adequado do paciente para resolução do seu problema de saúde.

O senhor (a) pode recusar a participação, porém se aceitar poderá desistir da pesquisa quando quiser, sem nenhum problema ou prejuízo. Destacamos que não haverá pagamentos financeiros referentes à sua participação como voluntário.

O senhor (a) terá direito a uma via do termo de consentimento devidamente assinado, podendo entrar em contato com o pesquisador responsável caso haja alguma dúvida relacionada à sua participação na pesquisa a qualquer momento. Em caso de dúvidas dos aspectos éticos do estudo pode entrar em contato com o Comitê de Ética em pesquisa do HCFMRP-USP de segunda à sexta-feira das 8:00 hs às 17:00h.

A sua participação consistirá em responder a entrevista do pesquisador. Esse estudo possui finalidade de pesquisa, e os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, sua privacidade e o direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa e se houver interesse há a garantia dos pesquisadores do acesso ao resultado da pesquisa.

Li e concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante: _____

Ass. _____ data: _____

Nome do pesquisador: _____

Ass. _____ data: _____

Ribeirão Preto, _____ de _____de_____.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa de Ribeirão Preto – São Paulo

Telefone: (16) 3602-2228

FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FMRP-USP
RIBEIRÃO PRETO

ANEXO 3

Questionário dos usuários frequentes/hiperutilizadores do Serviço de urgência

1- Identificação

Data: _____ Hora_____ Boletim: _____

Nome: _____

End:_____ nº:_____ Bairro:_____

DN: ___/___/___ Idade: _____Sexo:( )f feminino(masculino Estado civil:_____

1.1 Escolaridade:

( ) nenhuma Ensino fundamental: ( ) completo ( ) incompleto

Ensino médio: ( ) completo ( ) incompleto

Ensino superior: ( ) completo ( ) incompleto Qual:_____

1.2 Hábitos:

Tabagismo ( ) sim ( ) não Tipo de fumo: ( ) cigarro comum ( ) Cigarro de palha ( ) Cachimbo

Número diário de cigarros:_____

Etilismo:( )sim ( )não( ) Destilados( ) Fermentados Volume diário:_____

2- Situação sócio econômica

Situação profissional: ( )desempregado( )estudante( )aposentado( )empregado

Onde:_____

Tem filhos: ( ) não ( ) sim Quantos_____Quantas pessoas moram na casa:_____

Plano de saúde: ( ) não ( ) sim Qual: ( ) Sistema Vida de Saúde ( ) UNIMED

( ) Outro:_____

Qual sua renda familiar ( ) <ou = 1 salário ( ) 1 a 2 ( ) 2 a 4 ( ) 4 a 6 ( ) < 6 salários mínimos

3- Condições patológicas pré-existentes

( ) hipertensão arterial ( ) diabetes ( ) Dislipidemia ( ) cardiopatia ( ) Alergia_____

( ) Outros _____

Das situações abaixo quais aquelas que você entende que seja uma urgência:

( ) febre ( ) pressão alta ( ) gripe ( ) acidente ( ) receitas ( ) medicação no musculo

( ) medicação na veia ( ) cólica renal ( ) vomito e diarreia ( ) parada cardíaca ( ) dor

há uma semana ( ) outra _____

Você procurou um serviço de saúde antes de ir ao serviço de urgência e emergência?

( ) não Porque_____

( ) sim Onde_____

4- Medicamentos de uso crônico

Anti-hipertensivos: ( ) inibidor de ECA ( ) Diurético ( ) Betabloqueador ( ) Outro:_____

Antidiabéticos: ( ) hipoglicemiantes ( ) insulina regular ( ) Insulina NPH ( ) Outro:_____

Outros: ( ) Estatinas ( ) AAS ( ) Outros: _____

Como consegue os medicamentos? ( ) compra na farmácia ( ) farmácia alto custo ( ) farmácia popular ( ) farmácia municipal (gratuito)

5- Seguimento clínico

5.1 - Você recebe visitas de algum profissional de saúde em sua casa? ( ) não ( ) Sim

Quais profissionais: ( ) médicos ( ) enfermeiros ( ) técnicos de enfermagem ( ) agentes comunitários

Com que frequência: ( ) a cada 7 dias ( ) a cada 15 dias ( ) a cada 30 dias ( ) + de 30 dias

Como vc avalia esta visita:

*a relação com os profissionais: ( ) muito atenciosos ( ) atenciosos ( ) pouco atenciosos ( ) sem atenção

*entende as explicações dos profissionais: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

*tem seus problemas resolvidos: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

*permanece com dúvidas após a visita: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

5.2 - Você faz acompanhamento de sua saúde com agendamento de consultas em Unidades de Saúde (Postinho)?

( ) não Porque_____

( ) sim Onde – discriminar_____

Como vc avalia o atendimento:

a relação com os profissionais: ( ) muito atenciosos ( ) atenciosos ( ) pouco atenciosos ( ) sem atenção

*entende as explicações dos profissionais: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

*tem seus problemas resolvidos: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

*permanece com dúvidas após a visita: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

5.3 - Você faz acompanhamento de sua saúde com agendamento no ambulatório de especialidades?

( ) não Porque_____

( ) sim Onde – discriminar_____

Como vc avalia o atendimento:

a relação com os profissionais: ( ) muito atenciosos ( ) atenciosos ( ) pouco atenciosos ( ) sem atenção

*entende as explicações dos profissionais: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

*tem seus problemas resolvidos: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

*permanece com dúvidas após a visita: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

6- Quais os motivos da sua procura frequente ao Pronto Socorro?

( ) febre ( ) pressão alta ( ) gripe ( ) acidente ( ) receitas ( ) medicação no musculo

( ) medicação na veia ( ) cólica renal ( ) vomito e diarreia ( ) parada cardíaca ( ) dor há uma

semana ( ) outra _____

7- Avaliação da qualidade do atendimento quando usa o Pronto Socorro

Tempo médio de espera da consulta:_____

Geralmente faz medicação: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

Tempo médio de espera para medicação:_____

Geralmente faz exames de sangue: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

Geralmente faz exames de raio X: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

Como vc avalia o atendimento:

*a relação com os profissionais: ( ) muito atenciosos( ) atenciosos ( ) pouco atenciosos ( ) sem atenção

* entende as explicações dos profissionais:( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

*tem seus problemas resolvidos: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

-permanece com dúvidas após o atendimento: ( ) sempre ( ) algumas vezes ( ) poucas vezes( ) nunca

8- Em relação aos seus atendimentos como você os classifica:

Atendimento Médico ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Atendimento Enfermagem ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Atendimento Recepção ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Limpeza do ambiente ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

9- Outras opiniões:

Você gostaria de mencionar mais alguma questão referente ao Pronto Socorro?

( ) não Porque_____

( ) sim Qual_____