

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FERNANDA DE PAULA ROSSINI

*A Influência do Perfil Demográfico e Epidemiológico
das Internações de Urgência na Gestão Hospitalar*

RIBEIRÃO PRETO

2007

FERNANDA DE PAULA ROSSINI

***A Influência do Perfil Demográfico e Epidemiológico
das Internações de Urgência na Gestão Hospitalar***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Clarice Aparecida Ferraz

RIBEIRÃO PRETO

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PEQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATALOGRÁFICA

Rossini, Fernanda de Paula

A influência do perfil demográfico e epidemiológico das internações de urgência na gestão hospitalar.

Fernanda de Paula Rossini; orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Clarice Aparecida Ferraz. Ribeirão Preto, 2007.

87 f.; 30cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Epidemiologia. 2. Demografia. 3. Gestão Hospitalar. 4. Avaliação de Serviços de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda de Paula Rossini

A Influência do Perfil Demográfico e Epidemiológico das Internações de Urgência na Gestão Hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz

Assinatura _____

Profa. Dra. Maria Luiza Anselmi

Assinatura _____

Profa. Dra. Miyeko Hayashida

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido **ROGERIO** em especial, que sempre está ao meu lado em todos os momentos, dizendo sempre que posso tudo que realmente quero e sou capaz de fazer tudo aquilo que desejo, pois acredita na minha capacidade.*

*Aos meus filhos, **PAULO EDUARDO** e **FELIPE**, razões da minha vida, que com amor e alegria, me dão forças para lutar sempre.*

*A minha amada **MÃE** (in memória) presença marcante em minha vida, eterna incentivadora dos meus estudos.*

*Ao meu **PAI** pelo imenso amor, responsável pela minha formação sempre acreditando na minha capacidade.*

Enfim, a todos os familiares e amigos queridos, cujas presenças, palavras e silêncios rascunharam seus nomes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e por ter dado forças para a realização de mais um objetivo.

À minha orientadora Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz pela sabedoria, dedicação, paciência, confiança, apoio e credibilidade que sempre me deu, a quem devoto a mais sincera admiração.

À Profa. Dra. Maria Luiza Anselmi pelo direcionamento, sabedoria e sugestões fundamentais para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Profa. Dra. Miyeko Hayashida pelas sugestões e colaboração no decorrer deste trabalho.

À funcionária do HCRP Junia pela disponibilização dos dados do Sistema de Informação Gerencial Hospitalar.

À Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HCRP, em especial a enfermeira Magda pelos esclarecimentos e contribuição com informações durante o decorrer deste trabalho.

À amiga Luciana por estar sempre por perto, pelas conversas e pelos desabafos

ROSSINI, Fernanda de Paula. **A influência do perfil demográfico e epidemiológico das internações de urgência na gestão hospitalar.** Ribeirão Preto, 2007. 87 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

RESUMO

As temáticas da qualidade, avaliação e gestão hospitalar, na atualidade, têm pautado as transições demográficas e epidemiológicas como elementos fundamentais de análise organizacional tendo em vista reorientar a gestão da qualidade hospitalar. Tal perspectiva é importante para os gestores que devem buscar desenvolver uma visão que inclua em suas análises administrativas as características da clientela atendida, uma vez que trazem implicações para a gestão do espaço físico, dos recursos materiais, equipamentos médicos, dos recursos humanos, entre outros. Desse modo, nosso estudo tem como objetivo caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico das internações e identificar os eventos adversos relativos a infecção hospitalar segundo as topografias do trato urinário, do aparelho respiratório e da corrente sangüínea, na especialidade de clínica médica de um hospital de urgência e emergência de alta complexidade. Trata-se de estudo exploratório, retrospectivo com foco em análise de dados secundários, do tipo individual, o que possibilitou realizar associações das características das internações estudadas. A população de estudo constituiu-se de todas as internações de pacientes adultos, na especialidade de clínica médica no período de 1999 a 2005. As variáveis de interesse para o estudo foram as variáveis demográficas, as epidemiológicas e as relativas a eventos adversos de infecção hospitalar. Os dados foram coletados do Sistema de Informação Gerencial Hospitalar – SIGH e dos arquivos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. Os resultados revelaram que com a implantação da Central Única de Regulação Médica houve uma reorganização do atendimento no hospital de estudo, priorizando-se o acesso a pacientes que demandam atenção de nível terciário, assim ocorreu diminuição de 32,6% das internações do ano de 1999 para 2000. Os dados demográficos revelaram que as internações de 60 anos ou mais, nos anos de 1999-2003, obtiveram percentual superior a 40%. Em relação ao estado civil o maior percentual por ano foi da categoria casados com variação no período de 33,2% a 46,8%, houve predomínio da raça branca com média de 76,5% e o grau de instrução preponderante foi o 1º grau com média de 76,4%. Quanto aos dados epidemiológicos, as doenças do aparelho circulatório participaram do quantitativo de internações com o maior percentual, com uma média de

26,1%, seguida das doenças do aparelho respiratório com média de 12,2% e doenças infecciosas e parasitárias com 11,9%. Nota-se no decorrer dos anos aumento no percentual de pacientes com diagnósticos de neoplasias, doenças do sangue, dos órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários e, dos casos de lesões, envenenamento e outras causas externas. Cabe destacar que a maioria, média de 77,6% das internações no período retratam co-morbidades com associação de 2 a 7 diagnósticos médicos. Em relação ao evento adverso infecção hospitalar a pneumonia mantém padrão em elevação atingindo 57,1% em 2002, sendo a ocorrência mais freqüente das infecções ao longo do período. As infecções da corrente sanguínea nos dois últimos anos apresentam elevação significativa de 8,3% em 2003 para 36,4 em 2005 e as infecções urinárias demonstram uma trajetória de alternância de ocorrências, atingindo o patamar máximo de 41,6% em 2003 declinando para 18,2% em 2005. Acreditamos que o estudo do perfil demográfico de uma clientela internada, também contribui para o delineamento de planos de ações de saúde e de enfermagem, cabendo destacar que as co-morbidades, a faixa etária de 60 anos ou mais, o rebaixamento do grau de instrução implicam em um maior número de fatores de risco à saúde exigindo direcionalidade na atuação dos gestores e profissionais de saúde. A análise dos resultados conforma o contexto de atuação do enfermeiro no que refere a gerência de cuidados à pacientes de alta complexidade, cabendo destacar o foco prioritário da gerência clínica, inicialmente no que concerne à dimensão biológica uma vez que as situações de urgência colocam em risco a vida do paciente, para então, ir ampliando a fim de acolher as necessidades integrais da pessoa hospitalizada.

Palavras-chave: Epidemiologia. Demografia. Gestão Hospitalar. Avaliação de Serviços de Saúde.

ROSSINI, Fernanda de Paula. **The influence of demographic and epidemiological profile over emergency hospitalizations in the hospital management** Ribeirão Preto, 2007. 87 f. Dissertation (Máster Degree) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2007.

ABSTRACT

Hospital quality, assessment, and management are themes that have currently affirmed demographic and epidemiologic transitions as fundamental elements for organizational analyses, with a view to redirect hospital quality management. This perspective is important for administrators who should search to develop a view that includes clients' characteristics in the administrative analyses, since they bring implications when administrating the physical area, material resources, medical equipment, human resources, and others. Hence, the purpose of this study is to characterize demographic and epidemiological profiles of hospitalizations and identify the adverse events regarding hospital infection according to topographies of the urinary tract, respiratory system, and bloodstream, in the internal medicine ward of a high-complexity emergency hospital. This is an exploratory, retrospective study, focused on individual secondary data analysis, which permitted to make associations between the studied hospitalization characteristics. The study population consisted of all adult patient hospitalizations in the internal medicine ward, from 1999 to 2005. The variables of interest in this study were the demographic variables, as well as epidemiological variables and those regarding adverse hospital infection events. Data were collected from the Hospital Management Information System (HMIS) and from the Commission for Hospital Infection Control (CCIH) files. Results showed that, by implementing the Single Medical Regulation Central, a reorganization of the studied hospital care took place, giving priority to patients who required tertiary care. Hence, there was a 32.6% reduction in hospitalizations from 1999 to 2000. Demographic data revealed that hospitalizations of patients aged 60 years or more from 1999 to 2003 was above 40%. Regarding marital status, the highest percentage was for married patients, with a rate ranging from 33.2% to 46.8% in the studied period. As to ethnicity, most patients were white, with an average of 76.5%. Regarding education, primary level prevailed, with an average of 76.4%. As to epidemiological data, circulatory system diseases were the most frequent among hospitalizations, with an average of 26.1%, followed by respiratory system diseases with an average of 12.2%, and infectious and parasitic diseases

with 11.9%. It is observed that, over the years, there was an increase in the percentage of patients with diagnosis for neoplasms, blood diseases, hematopoietic organ diseases, and immunity disorders, as well as cases of injuries, poisoning, and other external causes. It is worth highlighting that most hospitalizations (77.6% in average) in the studied period represent co-morbidities with associations between 2 to 7 medical diagnoses. Regarding the adverse hospital infection event, pneumonia maintains a growing standard, reaching 57.1% in 2002. Moreover, pneumonia is the most frequent infection occurrence throughout the period. Bloodstream infections presented a significant increase over the two last years, from 8.3% in 2003 to 36.4 in 2005. Urinary infections demonstrated a path of occurrence exchange, reaching a maximum level of 41.6% in 2003 and dropping to 18.2% in 2005. The authors believe that studies about the demographic profile of a hospitalized population also contribute to outlining health and nursing action plans. It is worth emphasizing that co-morbidities, the age group of 60 years or more, and low education levels imply a greater amount of health risk factors, and, thus, demand directionality from administrators and health professionals. The result analysis confirms the context in which nurses work regarding managing high-complexity patient care, and it is worth emphasizing the primary focus of clinical management, initially concerning the biological dimension since emergency situations put patients' lives at risk, to then broaden the focus with a view to approach the hospitalized individual's integral needs.

Keywords: Epidemiology. Demography. Hospital management. Health Services Evaluation

ROSSINI, Fernanda de Paula. **La influencia del perfil demográfico y epidemiológico de las internaciones de urgencia en la gestión hospitalaria.** Ribeirão Preto, 2007. 87 f. Dissertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo, 2007.

RESUMEN

Los temas de la calidad, evaluación y gestión hospitalaria, en la actualidad, considera las transiciones demográficas y epidemiológicas como elementos fundamentales de análisis organizacionales, teniendo en vista reorientar la gestión de la calidad hospitalaria. Tal perspectiva es importante para los gestores que deben buscar desarrollar una visión que incluya en sus análisis administrativas las características de la clientela atendidas, una vez que tiene implicaciones para la gestión del espacio físico, de los recursos materiales, equipamientos médicos, de los recursos humanos; entre otros. De ese modo, nuestra investigación tiene como objetivo caracterizar el perfil demográfico y epidemiológico de las internaciones e identificar los eventos adversos relativos a la infección hospitalaria según las topografías del tracto urinario, del aparato respiratorio y de la corriente sanguínea, en la especialidad de clínica médica de un hospital de urgencia y emergencia de alta complejidad. Se trata de un estudio exploratorio, retrospectivo con enfoque en análisis de datos secundarios de tipo individual, lo que posibilitó realizar asociaciones de las características de las internaciones estudiadas. La población de estudio esta constituido por todas las internaciones de pacientes adultos, en la especialidad de clínica médica, en el período de 1999 al 2005. Las variables de interés para el estudio, son las variables demográficas, las epidemiológicas y las relativas a eventos adversos de infección hospitalaria. Los datos fueron recolectados del Sistema de Información Gerencial Hospitalaria – SIGH y de los archivos de la Comisión de Control de Infección Hospitalaria – CCIH. Los resultados revelaron que con la implantación de la Central Única de Regulación Médica ocurre una reorganización de la atención en el hospital de estudio, priorizándose el acceso a pacientes que demandan atención de nivel terciario, asimismo ocurre disminución del 32,6% de las internaciones del año de 1999 al 2000. Los datos demográficos revelaron las internaciones de 60 años o más, en los años de 1999 al 2003, obtuvieron porcentaje superior a 40%. En relación al estado civil, el mayor porcentaje por año fue de la categoría de casados, con variación en el periodo de 33,2% a 46,8%, hubo predominio de la raza blanca con media de 76,5% y el grado de instrucción preponderante fue el primer grado con una media de 76,4%. En relación a los datos

epidemiológicos, las enfermedades del aparato circulatorio participaron del cuantitativo de internaciones con mayor porcentaje, con una media de 26,1%, seguida de las enfermedades del aparato respiratorio con media de 12,2% y enfermedades infecciosas y parasitarias con 11,9%. Nótese, en el transcurso de los años aumento en el porcentaje de pacientes con diagnósticos de neoplasias, enfermedades de la sangre, de los órganos hematopoyéticos y trastornos inmunitarios y, de los casos de lesiones, envenenamiento y otras causas externas. Cabe destacar que, la mayoría, media de 77,6% de las internaciones en el periodo, retratan comorbilidad con asociación de 2 a 7 diagnósticos médicos. En relación al evento adverso infección hospitalaria, la neumonía mantiene parámetro en elevación alcanzando 57,1% en el año 2002, siendo la ocurrencia más frecuente de las infecciones a lo largo del periodo. Las infecciones de la corriente sanguínea en los dos últimos años presentan elevación significativa, de 8,3% en 2003 para 36,4 en 2005 y las infección urinarias demuestran una trayectoria de alternancia de ocurrencias, alcanzando el nivel máximo de 41,6% en 2003 disminuyendo para 18,2% en 2005. Consideramos que el estudio del perfil demográfico de una clientela internada también contribuye para el delineamiento de planos de acción de salud y de enfermería, valiendo destacar que las co-morbidades, el grupo etario de 60 años o más, la disminución del grado de instrucción implican en un mayor número de factores de riesgo a la salud, exigiendo dirección en la actuación de los gestores y profesionales de salud. El análisis de los resultados conforma el contexto de actuación del enfermero, en relación a la gerencia de cuidados a pacientes de alta complejidad, siendo necesario destacar el foco prioritario de la gerencia clínica, inicialmente en lo que concierne a la dimensión biológica, una vez que, las situaciones de urgencia colocan en riesgo la vida del paciente, de este modo, ir ampliando con el objetivo de captar las necesidades integrales de la persona hospitalizada.

Palabras-clave: Epidemiología. Demografía. Gestión hospitalaria. Evaluación de Servicios de Salud.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro segundo procedência e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005.....	48
Tabela 2 - Distribuição das internações na especialidade de clinica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro segundo faixa etária, sexo, estado civil, raça, grau de instrução e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005	51
Tabela 3 - Distribuição das internações na especialidade de clinica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP, no mês de novembro segundo diagnóstico principal e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005	56
Tabela 4 - Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP/USP, no mês de novembro, segundo número de diagnósticos e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005	59
Tabela 5 - Distribuição das internações na especialidade de clinica médica da Unidade de Emergência do HCRP/USP no mês de novembro segundo dias de internação e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005	61
Figura 1 – Distribuição das internações na especialidade de Clínica Médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005	46
Figura 2 - Percentual de Infecção Hospitalar na especialidade de clinica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro, segundo ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005.....	63
Figura 3 - Percentual de Infecção Hospitalar na especialidade de clinica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro, segundo topografias estudadas e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005.....	65
Quadro 1 - Reestruturação Física e Funcional da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP, 2002	44
Quadro 2 - Distribuição de pacientes com infecções hospitalares na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro, segundo sexo, idade, número de diagnóstico, dias de internação, número de infecções e ano. Ribeirão Preto, 1999-2005.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão de Intergestores Regional
CURM	Central Única de Regulação Médica
DOH	Divisão de Organização Hospitalar
DRS	Departamento Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IH	Infecção Hospitalar
ITU	Infecção do Trato Urinário
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NNISS	National Nosocomial Infections Surveillance System
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SIGH	Sistema de Informação Gerencial Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UEHCRP	Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. COMPONDO A TEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO	15
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	37
3. METODOLOGIA.....	38
3.1 Tipo de estudo	38
3.2 Local e o cenário do estudo	38
3.3 População.....	39
3.4 Variáveis do estudo.....	40
3.5 Aspectos éticos.....	40
3.6 Instrumento de pesquisa, coleta, organização e análise dos dados	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
4.1 Caracterização das internações na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP.....	45
4.2 Caracterização do perfil demográfico das internações da especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP	50
4.3 Caracterização do perfil epidemiológico das internações na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP	55
4.4 Caracterização de eventos adversos relativos a infecção hospitalar na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO	85
APÊNDICE A.....	86
APÊNDICE B.....	87

1. COMPONDO A TEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

A temática gestão da qualidade dos serviços de saúde começou a ser objeto de preocupação quando fomos aprovadas no concurso público do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-USP), no ano de 2001, quando então iniciamos nossa atividade profissional na Unidade de Clínica Médica da Unidade de Emergência do referido complexo hospitalar.

Como enfermeira nessa unidade passamos a responder juntamente com uma equipe de trabalho pelo atendimento dos pacientes aí internados que configuravam um determinado perfil demográfico e epidemiológico. Nesse cotidiano, mesclado de atividades assistenciais e gerenciais com sobrecarga de trabalho, com condições ambientais insatisfatórias, nem sempre era possível avaliar se o processo de trabalho empreendido a cada dia respondia com qualidade às necessidades desse grupo de pacientes. Apesar do incômodo esse tema permanecia interrogado.

Quando surgiu a oportunidade de cursar o programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), foi possível torná-lo de interesse para nosso projeto de investigação, assim começamos estudando a avaliação nos serviços de saúde buscando trazê-lo para a dimensão da qualidade do cuidado de enfermagem. Nesse percurso começamos a compreender que a dimensão da qualidade é ampla, e prioritariamente nosso olhar estava voltado para a perspectiva organizacional indagando sobre a complexidade de quem interna, as condições físicas e tecnológicas do ambiente de cuidados, bem como para os resultados da assistência prestada.

Tendo em vista nosso interesse pela qualidade da assistência prestada ao paciente, ingressamos no Curso de Especialização em Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) no ano de 2006 uma vez que, o controle da infecção hospitalar é componente básico de qualquer programa de garantia da qualidade.

Nesse contexto de muitas inquietações emergentes da prática cotidiana, delimitamos o tema e o objeto de estudo na perspectiva da gestão da qualidade organizacional.

A ideologia da qualidade desenvolveu-se a partir dos trabalhos de Walther Shewhart, Edwards Deming, Joseph Juran, Kaoru Ishikawa, Armand Feigenbaum e Philip Crosby, sobre o controle da qualidade da produção industrial, nas décadas de 1930, 1940 e 1960. Quando foram escritos, talvez ninguém tenha se dado conta de que estava sendo criada uma ideologia, um novo momento no desenvolvimento das forças produtivas, visando uma utilização mais humana da ciência voltada para as necessidades humanas (NOGUEIRA, 1994).

Nas décadas de trinta e quarenta começa a “Era do Controle Estatístico da Qualidade”, para atender à necessidade de conseguir o máximo de informação sobre qualidade com o mínimo de inspeção. Surgem aí as idéias de controle de processo e amostragem e com elas os departamentos responsáveis pelo controle da qualidade, destacando-se neste período os autores Shewart, Juran e Deming (CERQUEIRA NETO 1992 apud ANTUNES 1997).

Walther Shewhart criou gráficos e desenvolveu o método PDCA ou ciclo de Shewhart para a promoção e controle da qualidade. O método PDCA é uma forma sistemática de abordagem, constituída de um roteiro, composto de quatro fases básicas: P (Plan) – estabelecer uma meta e definir métodos para atingi-la; D (do) – execução do planejamento

realizado na fase anterior; C (Check)- verificação dos resultados; A (Act) – atuação em relação a todo o processo. Caso a meta estabelecida tenha sido alcançada, padroniza-se o método utilizado. Se a meta não foi atingida, é necessário corrigir os desvios observados e retornar a fase P, reiniciando o ciclo, até que a meta proposta seja alcançada (ZANON, 2001).

William Edwards Deming formulou uma das mais interessantes abordagens para o gerenciamento da Qualidade. Deming foi discípulo de Walther Shewhart, e após trabalhar nos Departamentos de Guerra e de Censo dos Estados Unidos foi consultor de muitas empresas japonesas, convencendo os altos dirigentes japoneses do poder dos métodos estatísticos e também da importância da Qualidade para aumentar a competitividade de seus produtos (REIS, 2001).

Para Deming, a qualidade deve visar as necessidades do consumidor, tanto atuais quanto futuras, e o consumidor deve ser considerado o elo mais importante da linha de produção (NOGUEIRA, 1994).

Segundo Joseph M. Juran a qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades do cliente e, desta forma, proporcionam-lhes satisfação em relação ao produto; qualidade é a ausência de falhas e a adequação ao uso (JURAN, 1988).

Na década de sessenta o controle estatístico já não era suficiente, pois só se preocupava com o que acontecia no interior da fábrica. Surge então a preocupação com o ambiente externo de correção das falhas adotado pela Inspeção e Controle Estatístico da Qualidade.

Esta preocupação dá início à “era da garantia da qualidade” onde a ênfase é colocada no ciclo de produção e não na uniformidade do produto. A qualidade passa a ser responsabilidade de todos os departamentos e não mais de um só, pois agora ela é algo que deve ser constituído e não apenas avaliada (ANTUNES, 1997).

Nesta década destacam-se os trabalhos de Kaoru Ishigawa, Armand Feigenbaum e Philip Crosby. Kaoru Ishikawa foi considerado o pai dos Círculos de Controle da Qualidade no início da década de sessenta, desenvolveu conceitos importantes sobre círculos de controle da qualidade, gestão da qualidade e estatística. Foi o criador do diagrama de causa-efeito (espinha de peixe), ferramenta fundamental para a compreensão dos processos e de seus efeitos. Segundo Ishikawa (1993) a qualidade é uma revolução da filosofia administrativa organizacional, exigindo uma mudança de mentalidade de todos os integrantes, principalmente da alta cúpula.

Armand Feigenbaum propôs um conceito mais avançado, o Controle Total da Qualidade, partindo da premissa que a qualidade do produto é objeto de todos na organização, desde a concepção, passando pela fabricação, até a chegada dos produtos às mãos dos clientes. Portanto, na sua visão a qualidade não é um trabalho isolado do Departamento de Controle, é na verdade objetivo de toda organização, da alta gerência aos setores operacionais. A qualidade passou a ser então uma questão de sobrevivência no mercado concorrencial e um objetivo de níveis gerenciais mais elevados, a partir do início da cadeia produtiva, perpassando desde a concepção do projeto da organização até seus produtos (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 1998).

Para Philip B. Crosby qualidade significa conformidade com as especificações, após pesquisa de mercado para adequação às necessidades e expectativas dos clientes. É por meio da prevenção que se deve alcançar a qualidade, e o nível de desempenho deve ser o de zero defeito (ZANON, 2001). Considera também que a melhoria da qualidade é um processo permanente e que para alcançá-la é necessário determinação e educação (BROCKA e BROCKA apud ANTUNES, 1997).

Todos eles reconhecem que não há simplificação para o desafio da qualidade e que o processo de melhoria é um ciclo sem fim que requer o apoio total e a participação de

trabalhadores individuais, de departamentos e da cúpula. Fora isso, os gurus discordam sobre como melhorar a qualidade (MIRANDA, 1994).

Aproveitando dos conceitos e experiências do setor industrial, nos hospitais a preocupação e a busca pela qualidade vêm ocorrendo também de forma crescente. Apesar das óbvias diferenças existentes nestes dois sistemas, muitas lições podem ser aprendidas fazendo-se esta analogia, pois os princípios podem ser aplicados e adaptados a qualquer área, não somente na de manufaturas, mas também na de prestação de serviços (YAMARCHI; MUNHOZ, 1994).

A procura de uma definição do que é qualidade no serviço de saúde deve começar pelo que talvez seja a parte mais simples e completa, a atenção, ou seja, o tratamento que proporciona um médico, ou qualquer outro profissional autorizado, a um episódio de enfermidade claramente definido em um certo paciente (MIRSHAWKA, 1994).

Segundo Ferraz (1994), a qualidade nas instituições de saúde, pode ser vista como o grau no qual os serviços de atendimento aumentam a probabilidade de alcançar resultados positivos acerca da recuperação da saúde individual e coletiva.

Qualquer discussão a respeito de qualidade traz, implícita ou explícita, a noção de avaliação. Trata-se de um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Ou, seja, trata-se de determinar se certo objeto, descrito e especificado, ao qual se opõe uma definição prévia sobre como deveria ser, é bom, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK apud MALIK; SCHIESARI, 1998).

Para Noronha (2001) os resultados da assistência à saúde vão desde o prolongamento da vida até a restauração de uma percepção geral de satisfação na vida, passando pela melhoria das atividades sociais, laborais, emocionais etc. Contudo poucos estudos de resultados têm tratado de temas distintos acerca da sobrevivência e da morbidade.

Se conhecemos o que podemos esperar como consequência de nossa intervenção, podemos estabelecer antecipadamente um determinado tipo de resultado como padrão, contra o qual se pode comparar o resultado alcançado. Se este conhecimento é deficiente, temos que nos satisfazer em observar o que realmente ocorreu e esclarecer as razões pelas quais o resultado real foi desfavorável como por exemplo, a morte ou uma complicação.

Silva e Formigli (1994) nos chamam atenção para o primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática. Encontra-se uma enorme diversidade terminológica pertinentes aos diferentes enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Além disso, naqueles trabalhos onde programas ou serviços de saúde são efetivamente avaliados, não existe, freqüentemente, sequer a preocupação por parte dos autores, com a definição dos termos empregados. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto, avaliação em saúde, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.

Para Silver (1992) fundamental não é o vocabulário da avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde de buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública. Tal busca precisa estar calcada não somente na luta política para a devida priorização da saúde e na análise das necessidades da população, como também na análise da atuação cotidiana do sistema hoje existente frente a essas necessidades.

O processo de reestruturação do setor saúde coloca como desafio a implementação de mudanças que permitam enfrentar de forma urgente e eficaz a situação de saúde atualmente observada em nosso país. Necessitamos neste processo identificar e implementar diretrizes que tenham por objetivo mudanças no modelo assistencial não somente no nível das

correções técnicas ou administrativas, mas que visem a alteração do processo de trabalho nos serviços de saúde (ACURCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, 1991).

Dentro desta perspectiva de política de mudança é que a avaliação e em especial sua dimensão qualitativa ganha nova amplitude e importância. Todavia, o que temos observado desde a década de 90 até os dias atuais é que as avaliações quando realizadas prestam-se mais a referendar as atividades previstas nos planos e legitimar as ações da burocracia envolvida, uma vez que são predominantemente quantitativas, e raramente servem de retro alimentação ao planejamento (ACURCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, 1991)

O fundamental, quando se fala em avaliação, é ter claro que ela serve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido ou deve ser interrompido. Para isso deve-se explicitar os critérios utilizados, a que necessidades ou interesses esses critérios respondem e quem pode ser favorecido ou prejudicado em presença desses resultados. A avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. O objeto da avaliação pode ser o impacto ou até os processos. Ambos os focos guardam estreitas semelhanças com o desenvolvimento do pensamento da qualidade total, cujo marco inicial deu-se pela via das inspeções do produto final, até chegar à avaliação da qualidade dos processos (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Conforme explicitado por Silva e Formigli (1994), a incorporação da avaliação como prática sistemática e rotineira nos diversos níveis dos serviços de saúde, poderia propiciar aos gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção.

No entanto, a preocupação em avaliar os serviços e o sistema de saúde há muito consta da agenda das discussões de saúde, no entanto, a sistematização dessa avaliação, a possibilidade de comparar os resultados dessa avaliação com indicadores desejados, e até mesmo sua implantação prática, são pontos recentes em nossa realidade (MALIK;

SCHIESARI, 1998). Portanto, esse componente indispensável ao planejamento em saúde ainda é pouco praticado e podemos dizer que essa lacuna tem impactado negativamente nas tomadas de decisão.

Segundo Matus (1987) há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, tampouco para a definição de prioridades nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente se analisadas, poderiam se constituir em matéria prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços.

Acreditamos que o maior desafio para a prática avaliativa no setor saúde concentra-se na sensibilização do poder político local em aceitar e incorporar, como problema a ser solucionado, os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo. É através dos resultados negativos que poderemos potencializar ações em busca da qualidade do serviço prestado.

A preocupação em avaliar a qualidade das instituições hospitalares no Brasil data da década de 40, desde então instrumentos para a avaliação dos serviços de saúde passaram a ser desenvolvidos a fim de garantir padrão hospitalar nacional.

Em 1941 foi criada a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) dentro do Departamento Nacional de Saúde que tinha por objetivos coordenar, cooperar ou orientar, em todo o Brasil, os estudos e a solução dos problemas que diziam respeito à assistência a doentes, deficientes físicos e desamparados. Dentre as suas competências destacavam-se o incentivo ao desenvolvimento e melhoria de instituições e serviços de assistência (SCHIESARI; KISIL, 2003).

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) define qualidade de assistência hospitalar como grau segundo o qual os cuidados com a saúde

do paciente aumentam a probabilidade de recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade de efeitos indesejáveis.

É na década de 60 que Avedis Donabedian (1966) propõe a avaliação da qualidade da atenção médica por meio de um modelo que sistematiza os atributos que traduzem a qualidade nos serviços, tais como, a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Este autor, na década de 80, apresenta as etapas pelas quais a qualidade pode ser mensurada, e desenvolve um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas (DONABEDIAN, 1988).

A estrutura é entendida como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, incluindo o financiamento e a disponibilidade de mão-de-obra qualificada. Os processos são as atividades que envolvem os profissionais de saúde e os pacientes, e são delineados com base em padrões aceitos. A análise de processo pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. Por último a avaliação de resultados que considera o produto final da assistência prestada e a satisfação dos padrões e das expectativas dos clientes.

A avaliação conjunta desses três elementos pode contribuir para a melhoria contínua do ambiente dos serviços de saúde, dos processos de trabalho possibilitando qualificar e elevar a eficiência técnica e tecnológica, com atenção aos resultados alcançados para o cliente a partir da melhoria da estrutura e processos.

Observa-se nas últimas décadas, em vários países, uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços (CAMACHO, 1998). Dentro deste contexto, desenvolve-se no Brasil, já há alguns anos, instrumentos oficiais de

avaliação da performance das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde, utilizando um conjunto de critérios que os hospitais devem preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da Qualidade Total (QUINTO NETO, 2000).

Fenômeno semelhante pode ser observado nos hospitais da rede privada suplementar, que fazem uso de certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional como diferencial de mercado, demonstrando uma crescente preocupação com a qualidade.

Uma forma de avaliação que tem se mostrado importante e muito utilizada na área hospitalar são os processos de acreditação.

A acreditação hospitalar é um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados com o objetivo de estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua de qualidade (ZANON, 2001).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é reconhecida formalmente pelo Ministério da Saúde como entidade competente para o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar, que juntos habilitam empresas acreditadoras e expedem a certificação das organizações hospitalares.

A responsabilidade dos hospitais acreditados, além de manter o padrão estabelecido pela ONA, tem a tarefa de servir de exemplo de correto gerenciamento de seus serviços e de modelo para outras organizações de saúde, que buscam garantir a segurança, a qualidade e a ética (ANVISA, 2004).

O Programa de Acreditação Hospitalar utiliza três níveis de padrões de qualidade pré estabelecidos sendo:

- *Nível 1* – Segurança (estrutura) – estabelece as exigências mínimas para avaliar a segurança e a estrutura física, sanitária e de capacitação profissional; pressupõe atendimento aos requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, com recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço.
- *Nível 2* - Organização (processo) – verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial, e prática de auditoria interna.
- *Nível 3* - Práticas de Gestão e Qualidade (resultados) – define padrões de excelência e verifica a existência de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários.

Existem indicadores desenvolvidos para diferentes serviços de saúde e para diferentes setores dentro desses serviços, sobretudo em hospitais. Preconiza-se que os indicadores sejam selecionados de acordo com o contexto considerado. O manual de Acreditação Hospitalar da Organização Pan-Americana da saúde tem servido como base para as iniciativas de qualidade que lidam com indicadores, sem contar as iniciativas de acreditação propriamente ditas (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A caracterização do processo de produção hospitalar conduz à busca de indicadores que representem a sua dinâmica produtiva. Neste sentido, recorreremos a Donabedian, que desde a década de 60, dedica-se à construção da temática da avaliação implicando a estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988).

O desenvolvimento de indicadores tem por objetivo medir e melhorar as ações assistências, o ambiente, as atividades de coordenação e supervisão, os processos e os resultados. Para isto é necessário que todos sejam educados para não entenderem os indicadores como medidas fiscalizadoras, mas como fatores de melhoria dos processos produtivos e de maximização dos resultados (MEZOMO, 1995)

Presenciamos na atualidade nos hospitais públicos brasileiros, que os indicadores normalmente monitorados e divulgados são mais voltados para a produtividade em si, como média de permanência, taxa de renovação, número de internações entre vários outros.

Conforme Mezomo (1995) é preciso deixar de avaliar os serviços de saúde apenas quantitativamente em relação a equipamentos, pacientes-dia, porcentagem de ocupação; consultas realizadas, quantidades de profissionais e coisas do gênero, e começar a avaliá-los qualitativamente em termos de saúde produzida, satisfação garantida, sofrimento evitado, erros prevenidos e decisões acertadas.

Cada hospital tem uma realidade. É engano acharmos que indicadores de qualidade, valores e instrumentos utilizados em uma instituição possam se padronizados cegamente em uma outra, mesmo tratando-se de hospitais pertencentes à uma única empresa (YAMARCHI; MUNHOZ, 1994).

Na tentativa de melhorar a qualidade do serviço prestado pelas instituições de saúde e pela enfermagem, começou-se a definir aqueles que seriam os indicadores da qualidade, cuja finalidade é monitorar os fatos relevantes a um determinado processo, visando a adequação das ações na busca da melhoria.

Essa contextualização nos possibilitou compreender a abrangência e a diversidade da temática de estudo, todavia continuamos instigadas a buscar uma outra abordagem de avaliação e gestão da qualidade e, ao aprofundarmos na busca bibliográfica encontramos estudos sobre novas tendências que articulam a epidemiologia e a avaliação em serviços de

atenção médica. Para Novaes (1996), as informações construídas pela clínica e reutilizadas em uma dimensão epidemiológica revelam taxas de morbidade, mortalidade, de fatores de risco de adoecer que passam a ser fontes fundamentais para o desenvolvimento de avaliação e gestão de serviços de saúde.

O conhecimento da administração e do planejamento, com frequência, são operados nos serviços de saúde como saberes específicos buscando um projeto racional e quase sempre idealizado. Analisamos que essa é uma perspectiva de gestão normativa, que necessita ser revista a fim de integrar-se na dinâmica das instituições de saúde levando em conta os espaços terapêuticos. Então perguntamos: qual é a base de raciocínio da gestão da qualidade nos hospitais?

Essa pergunta nos levou a buscar significados para a qualidade da atenção e, nesta reflexão, tornou-se mais clara a influência dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde – SUS. Na gestão hospitalar, considerando a descentralização e a hierarquização do atendimento, pressupõe-se que estejam ocorrendo modificações no perfil dos pacientes internados em hospitais de alta complexidade tecnológica. Assim será necessário um olhar para o quadro demográfico e epidemiológico das internações hospitalares. Tal perspectiva é importante para os gestores que devem buscar desenvolver uma visão que inclua em suas análises administrativas as características da clientela atendida, uma vez que trazem implicações para a gestão do espaço físico, dos recursos materiais, equipamentos médicos, dos recursos humanos, entre outros.

Análises das temáticas da qualidade, avaliação e gestão hospitalar, na atualidade, têm pautado as transições demográficas e epidemiológicas como elementos fundamentais de análise organizacional tendo em vista reorientar a gestão da qualidade hospitalar.

Estudos demonstram a importância de se compreender o processo de transição demográfica para a gestão de serviços de saúde. A transição demográfica é demarcada quando

ocorre queda da mortalidade, principalmente por situações evitáveis associada à diminuição da taxa de fecundidade com efeito sobre a estrutura etária da população (MONTEIRO, 1997). No Brasil, esse fenômeno inicia-se na década de 40 com o controle das doenças infecciosas e parasitárias e consolida-se na década de 60 com a queda da fecundidade (MONTEIRO, 1997; CHAIMOVICZ, 1997).

A transição epidemiológica acompanha o processo de transformação demográfica e caracteriza-se pelo aumento das taxas de morbidade e mortalidade por causas externas, neoplasias e doenças cardiovasculares (PEREIRA, 1999).

Esta variável impacta na reorganização hospitalar, sendo o envelhecimento apontado como elemento que favorece a ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, que em determinados momentos requerem internação, o que reflete no consumo de serviços hospitalares. A população de 65 anos e mais demanda até quatro vezes mais internações que a média populacional (WHO, 2000).

Para Barreto (2002), o panorama é ainda mais crítico no Brasil indicando que as perspectivas da epidemiologia em nosso tempo revelam que ao coexistirem “doenças do atraso” como as infecciosas com as “doenças da modernidade” como as cardiovasculares criam-se quadros epidemiológicos com problemas superpostos e, no nosso entender, também quadros clínicos de alta complexidade, realidade vivenciada em vários hospitais. Esse conjunto amplia a carga de co-morbidades e, como consequência, faz crescer as necessidades de recursos para garantir as capacidades organizacionais e a qualidade do atendimento à clientela atendida.

Outros estudos revelam que nesse contexto de transição epidemiológica está ocorrendo o controle das doenças de natureza infecciosa e aumento das neoplásicas juntamente com as demandas por causas externas (GOLDBAUM, 1997). Entretanto não se pode negar a presença das doenças re-emergentes como a tuberculose, dengue e o cólera

somado às enfermidades da atualidade como a AIDS, hantavirose, doenças espongiforme humana, além de bactérias ultra-resistentes a antibióticos (NETO; MALIK, 2007).

Desta forma, estamos convencidas de que o raciocínio demográfico e epidemiológico deve estar estreitamente incorporado às políticas e à gestão organizacional oferecendo bases sistemáticas de análise para o aprimoramento e pertinência de investimentos em saúde, bem como na instituição de ações planejadas para atender determinado perfil da clientela buscando a melhoria da qualidade da atenção.

A administração em saúde, mesmo depois de atentar-se à inconveniência de tratar os serviços de saúde segundo métodos tayloristas, busca técnicas progressivamente mais diversificadas e elaboradas para construir uma certa ordem e qualidade na sua produção, no entanto, mantêm-se o caráter de ações racionais (MALIK, 1992). Com certeza a organização da atenção que respeite os princípios doutrinários do SUS requererá articulações de conhecimentos da clínica, da epidemiologia e da administração.

A Norma Operacional Básica – 96 (NOB-96) modifica as modalidades de gestão do SUS introduzindo a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema e, em 2001 e 2002, duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) foram criadas com o objetivo de reorientar o processo de descentralização na tentativa de ordenar a atenção de média e alta complexidade. Nessa questão o que está em pauta é a melhoria da gestão e mesmo que essas normatizações façam referência a repasses de verbas aos hospitais na lógica de procedimentos de média e alta complexidade, o que se pretende é implantar uma gestão de qualidade hospitalar que reconheça padrões epidemiológicos complexos.

O estudo do perfil demográfico e epidemiológico de uma clientela internada também contribui para o delineamento de planos de ações de saúde e de enfermagem, cabendo destacar que as co-morbidades, a faixa etária de 60 anos ou mais, o rebaixamento do

grau de instrução implicam em um maior número de fatores de risco à saúde, exigindo direcionalidade na atuação dos gestores e profissionais de saúde.

Portanto, nesse enfoque da gestão da qualidade também a identificação e monitoramento de ocorrências de risco na internação hospitalar contribui para o desenvolvimento de um raciocínio gerencial ampliado. Desta forma selecionamos além das variáveis demográficas e epidemiológicas, a variável evento adverso relativo a infecção hospitalar para compor nosso estudo.

Priorizamos três eventos adversos em que a organização da funcionalidade hospitalar e a qualidade da assistência de enfermagem têm implicações, a saber: infecção do trato urinário (ITU), infecção do aparelho respiratório – pneumonia e infecção da corrente sanguínea.

A infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente, e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou com procedimentos hospitalares realizados (BRASIL, 1998).

A ocorrência de infecções hospitalares tem sido reconhecida como grave problema de saúde pública no mundo e a principal causa de iatrogenia da pessoa hospitalizada e submetida a intervenções curativas (FREIRE; FARIAS; RAMOS, 2006). Para Lacerda, Joucjas e Egry (1996) isto representa um paradoxo conceitual no sistema de saúde uma vez que uma doença é gerada quando se busca a cura de outra.

Esses agravos são registrados como complicações mais frequentes ocorridas em pacientes hospitalizados. No Brasil, estima-se que 5% a 15% dos pacientes internados contraem alguma infecção hospitalar, sendo que cada uma acresce, em média, 5 a 10 dias ao período de internação. Além disso, os gastos relacionados a procedimentos diagnósticos e terapêuticos da infecção hospitalar fazem com que o custo seja elevado (MEDEIROS, 2001).

Outros problemas importantes são relacionados a prejuízos do bem estar do paciente, na economia, e no desempenho de atividades, ocasionando sofrimento ao paciente, aumento dos gastos inerentes a todos os procedimentos utilizados no diagnóstico e tratamento de infecções hospitalares, aumento de permanência dos doentes internados, aumento das taxas de morbidade e mortalidade e descrédito da qualidade de assistência hospitalar prestada.

A maioria das infecções hospitalares (70%) tem sua origem na flora endógena, sendo causadas por microorganismos da flora do paciente, em consequência da própria doença ou pela agressão diagnóstica e terapêutica a que o paciente foi submetido, e o restante na flora exógena, sendo seus agentes procedentes do ambiente através do ar, da água, dos alimentos, das mãos, dos artigos hospitalares ou medicamentos. Suas vias de transmissão são contato direto, contato indireto (através de um veículo, pelo ar, pelos objetos, alimentos, medicamentos, equipamentos e especialmente através das mãos) e também de um vetor. As fontes de contaminação estão ligadas ao ambiente, ao pessoal, ao paciente e ao material (MARTINS, 1993).

As topografias mais frequentes de infecção hospitalar são infecção do trato urinário, pneumonia, infecção do sítio cirúrgico e sepse, com distribuição percentual variando, respectivamente, de 40,8% a 42%, 11% a 32,9%, 8% a 24% e 5% a 9,2% (VILAS BOAS; RUIZ, 2004).

Para Schaffner (1997) os extremos de idade, as más condições de nutrição, a gravidade e doenças subjacentes e as rupturas na integridade da pele e das mucosas são todos fatores que aumentam o risco de o paciente adquirir uma infecção nosocomial. A segunda influência marcante sobre o risco de infecção hospitalar é a gama de manipulações diagnósticas e terapêuticas executadas em benefício do paciente.

Segundo a Anvisa (2000), no hospital, a ITU acomete 2% dos pacientes internados, sendo responsáveis por 35% a 45% de todas as infecções adquiridas no hospital,

sendo essa a causa mais comum de infecção nosocomial. Entre os pacientes que são hospitalizados, mais de 10% são expostos temporariamente à cateterização vesical de demora, o fator isolado mais importante que predispõe esses pacientes à infecção.

O cateter vesical foi introduzido em 1927 por Frederic Foley e, desde então, cerca de 5 milhões de pessoas utilizam diariamente estes cateteres. Aproximadamente 80% dos pacientes que contraem ITU nos hospitais fazem uso de cateteres urinários. Mesmo com emprego de técnica adequada de inserção do cateter vesical e uso de sistema de drenagem fechado, a colonização da urina na bexiga irá ocorrer em torno de 50% dos pacientes após 10 a 14 dias de cateterização. Destes pacientes, cerca de 1% a 3% terão bacteremia com germes provenientes do trato urinário. O cateter urinário está associado a um risco de mortalidade 3 vezes maior nos hospitais e casas de repouso. A sondagem vesical pode ser de curta duração (até 7 dias), de duração intermediária (de 7 a 30 dias) e de longa duração (superior a 01 mês) (ANVISA, 2000).

A ITU hospitalar contribui para o aumento na permanência do doente no hospital (em média 2 dias), levando a um custo adicional de 600 dólares por internação. É causa direta de morte em 0,1% dos pacientes com infecção hospitalar e causa indireta em 0,7%.

No momento da inserção do cateter vesical, 5% a 10% dos pacientes já apresentarão bacteriúria que reflete a colonização dos tecidos por bactérias, sem invasão, e normalmente assintomática (MANGINI; MANRIQUE, 2000), existindo um risco diário progressivo, de forma que em 50% dos pacientes já há o encontro de bacteriúria após 10 a 14 dias, e 2%-6% desses pacientes podem evoluir posteriormente para ITU sintomática. Além da ITU sintomática, a bacteremia também é uma complicação freqüente, na maioria das vezes assintomática e não detectada, mas 0,5% desses pacientes podem apresentar sintomas relacionados a ela.

A maioria dos microrganismos que invadem o sistema de drenagem urinário origina-se da contaminação perineal pela flora fecal ou da transmissão cruzada provocada pela manipulação deste sistema por mãos contaminadas. Uma simples drenagem de alívio, mesmo realizada em condições assépticas, pode introduzir bactérias da uretra para a bexiga e produzir infecções.

Um importante mecanismo de defesa na prevenção da ITU é a manutenção do fluxo urinário desimpedido, sem obstruções. A maioria dos germes que causam ITU provém do trato intestinal e podem alcançar o trato urinário por via ascendente. Nos pacientes sondados, a contaminação ascendente se dá por via periuretral ou pelo interior do cateter. Nos pacientes submetidos à drenagem urinária com sistema aberto, a via intraluminal, via refluxo da urina do saco coletor para o trato urinário do paciente é a forma mais comum de contaminação.

A duração do cateterismo é fator relevante para ocorrência de infecção urinária. Entre pacientes admitidos sem bacteriúria, 10% a 20% terão ITU após o procedimento. Este valor aumenta significativamente, sendo que para cada dia de permanência do cateter com sistema fechado de drenagem, há um risco de contrair ITU de 3% a 10%, chegando a 50% no 15º dia e quase 100% em 30 dias (FERNANDES, 2000).

As infecções do trato respiratório inferior estão sempre entre as três mais importantes causas de infecção adquirida no ambiente hospitalar, juntamente com aquelas topografias do sítio cirúrgico e do trato urinário. O seu risco relativo está relacionado com a complexidade do hospital, com o tipo de pacientes atendidos e com o critério diagnóstico utilizado para sua caracterização (FERNANDES, 2000).

Segundo dados do National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS) conduzido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), pneumonia é a segunda infecção hospitalar mais comum nos Estados Unidos, representando 15% a 18% dos

episódios e acometendo cerca de 250.000 pacientes por ano. É a mais importante causa de infecção nosocomial em pacientes internados em unidade de terapia intensiva, com um risco calculado para estes doentes de ser 10 a 20 vezes maior, devido principalmente à estreita relação existente entre o desenvolvimento de pneumonia com entubação orotraqueal e uso de aparelhos de assistência respiratória (ANVISA, 2000).

Esta síndrome é a principal causa de morte por infecção adquirida no hospital e infelizmente, é uma das infecções hospitalares de difícil prevenção e sua incidência vem aumentando progressivamente. Em estudo de prevalência de infecção hospitalar em 99 hospitais terciários brasileiros localizados em capitais, foi verificada taxa de pneumonia de 4,5%, representando 28,9% das infecções hospitalares (IH) apuradas, sendo esta a principal causa de infecção hospitalar, seguida de infecção cirúrgica (2,4%), cutânea (2,4%), urinária (1,7%), da corrente circulatória (1,6%) e de outros sítios (2,8%) (FERNANDES, 2000).

Os fatores de risco relacionam-se à idade do paciente, principalmente aqueles com mais de 70 anos, às doenças pulmonares crônicas, à diminuição do nível de consciência e do reflexo de tosse, vômitos prolongados e disfagias, imobilidade prolongada no leito, à defesa imunológica diminuída, à presença de infecção em outro sítio que não o respiratório, além da utilização de terapia respiratória e seus dispositivos. A ventilação mecânica é considerada o procedimento de maior risco para infecções, pois aumenta de sete a 21 vezes a chance de se contrair uma pneumonia hospitalar (YAMAUSHI; MUNHOZ; FERREIRA, 2000).

Nos ambientes hospitalares a incidência de infecções da corrente sanguínea vem aumentando continuamente nas últimas décadas, refletindo a maior sobrevivência de pacientes graves. Todos esses pacientes estão expostos aos patógenos hospitalares em decorrência dos múltiplos procedimentos invasivos a que estão submetidos (FERNANDES, 2000).

As infecções da corrente sanguínea estão entre as mais frequentes encontradas em ambiente hospitalar, perdendo apenas para as urinárias, respiratórias e cirúrgicas. Relaciona-se em grande parte dos casos, com o uso de dispositivos intravasculares, com pacientes imunocomprometidos e críticos. Estima-se que, a cada ano mais de 35 milhões de pacientes são internados em hospitais americanos e pelo menos 2,5 milhões irão desenvolver infecção hospitalar sendo 250.000 na corrente sanguínea (FERNANDES, 2000).

Em estudo realizado por Brasil 1994 apud Fernandes (2000) em unidade de clínica médica no Brasil a prevalência de pacientes com infecção da corrente sanguínea foi de 9,6%.

Os cateteres venosos centrais são habitualmente empregados em pacientes graves para administrar fluidos, hemoderivados e nutrição parenteral. A maioria das infecções hospitalares da corrente sanguínea está relacionada ao uso destes dispositivos. A septicemia é a mais grave complicação deste procedimento, associada a cateteres sem *cuffs* e, varia de 4% a 14%, podendo atingir até 43% quando tem uso prolongado. (FERNANDES, 2000; PEDROSA; COUTO, 2002).

A vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, segundo a Portaria nº 2.616 (BRASIL, 1998) é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

Os métodos de coleta de dados podem ser classificados em passivos e ativos. Segundo Silva (1999), o método ativo de vigilância é o método mais recomendado, pois implica na atuação dos próprios profissionais da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) na detecção das infecções hospitalares.

A partir das considerações apresentadas alicerçada na literatura sobre a temática e da experiência profissional na área hospitalar nossas inquietações foram traduzidas em algumas questões que orientaram esta investigação, quais sejam:

Qual o perfil demográfico e epidemiológico das internações na especialidade de clínica médica de urgência e emergência de um hospital escola?

Quais os eventos adversos relativos à infecção hospitalar nas topografias do trato urinário, respiratório e corrente sanguínea nas internações desta especialidade?

Com base nestas questões traçamos, a seguir, os objetivos do estudo.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

- Caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico das internações na especialidade de clínica médica de um hospital de urgência e emergência de alta complexidade, no período de 1999 a 2005, tendo em vista a gestão da qualidade hospitalar.
- Identificar os eventos adversos relativos a infecção hospitalar segundo as topografias do trato urinário, do aparelho respiratório e da corrente sanguínea, em internações na especialidade de clínica médica do referido hospital, no período estudado.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo com foco em análise de dados secundários. Para Hearst; Grady; Barron; Kerlikowske (2003) há três abordagens gerais para se utilizar de dados existentes em pesquisa: a análise de dados secundários; estudos suplementares e revisões sistemáticas. Nossa pesquisa utilizou-se de dados secundários sendo estruturada com base em dados existentes no Sistema de Informação Gerencial Hospitalar – SIGH e nos arquivos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

A produção de conhecimento a partir de dados secundários pode ser de dois tipos: dados individuais e agregados. A primeira opção fornece informações separadas para cada sujeito e, nesse tipo de base de dados, o pesquisador pode realizar associações entre as características medidas nos sujeitos da amostra, diferentemente da pesquisa com dados agregados em que a informação é disponibilizada para um grupo de sujeitos não sendo possível individualizá-los.

3.2 Local e o cenário do estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-USP), fundado em 1956, como instituição pública estadual, de natureza autárquica, com características de ensino, assistência e pesquisa. Constitui-se como complexo hospitalar com inserção no SUS desde 1988 com duas unidades de atendimento, uma situada na área central do município de Ribeirão Preto-SP, denominada Unidade de Emergência, com oito consultórios, 42 leitos de observação e 158 leitos de internação. A outra unidade está localizada no Campus Universitário da USP, com área de ambulatorios, de diagnósticos médicos e de internação com 692 leitos.

Ribeirão Preto-SP é pólo assistencial para a área do Departamento Regional de Saúde DRS-XVIII, composto na época do estudo, por 25 municípios sendo que a partir de 2007 passou a incorporar o município de Santa Rita do Passa Quatro. A população municipal estimada é de 559.651 e a regional de 1.242.558 habitantes (FERREIRA, 2007).

O perfil demográfico e epidemiológico municipal aponta para crescimento da população com 70 anos e mais e, elevações das doenças do aparelho circulatório seguidas pelas neoplásicas, doenças respiratórias e causas externas (FERREIRA, 2007).

Em termos de gestão local, Ribeirão Preto-SP encontra-se em gestão plena do sistema municipal de saúde e como pólo regional constitui-se em referência regional para ações de alta complexidade.

Em particular, a estrutura da rede de atenção às urgências conforma-se por meio de cinco distritos de saúde da secretaria municipal com atendimento às urgências primárias, com dois hospitais filantrópicos e um público estatal que atendem as urgências de média e alta complexidade.

Neste contexto macro-regional selecionamos a UEHCRP-USP como cenário da pesquisa, destacando sua missão organizacional circunscrita ao atendimento à urgência de alta complexidade tecnológica. Cabe destacar que o período de estudo guarda relação com modificações instituídas no sistema de regulação das urgências e emergências, bem, como, com a reforma político-administrativa no hospital de estudo (FERRAZ, 2002).

3.3 População

A população de estudo constituiu-se de todas as internações de pacientes adultos (acima de doze anos), na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP, no período de 1999 a 2005 totalizando 1. 497 internações.

O mês de novembro foi selecionado considerando alguns elementos como a mudança de coordenação da UEHCRP-USP ocorrida em maio de 1999, a revisão de prontuário para codificação de diagnóstico e lançamento no sistema informatizado, na época, a cargo do Centro de Processamento de Dados Hospitalares; processo esse que levava em média seis meses após a alta hospitalar. Assim sendo, o mês de novembro foi selecionado para todos os anos estudados.

3.4 Variáveis do estudo

Com base nos objetivos do estudo foram definidas três variáveis de interesse, detalhadas a seguir:

- Variáveis demográficas: idade, sexo, estado civil, raça, grau de instrução;
- Variáveis epidemiológicas: diagnósticos principal e associados, segundo CID-10;
- Variáveis relativas a eventos adversos: infecção hospitalar do trato urinário, do aparelho respiratório e da corrente sanguínea.

3.5 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), sendo dispensado da aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido uma vez que os dados foram coletados de registros hospitalares.

3.6 Instrumento de pesquisa, coleta , organização e análise dos dados

Para a primeira fase da pesquisa foi elaborado um instrumento de coleta de dados no modelo de uma planilha contendo os itens relativos às variáveis demográficas e epidemiológicas (Apêndice A). O hospital de estudo possui um Sistema de Informação Gerencial Hospitalar – SIGH, que se trata de uma base de dados computadorizada segundo internações realizadas com inúmeras informações coletadas de acordo com o interesse do hospital. Após autorização do Comitê de Ética e negociações com o gerenciador do SIGH, procedeu-se a migração de dados individuais das internações circunscritas à especialidade de clínica médica referentes aos meses de novembro dos anos estudados. Os dados foram obtidos de acordo com o instrumento de coleta em planilha Excel. A seguir os dados foram codificados e analisados no programa Epinfo 6.0.

Para a segunda fase da pesquisa, de posse da listagem das internações estudadas, a pesquisadora coletou manualmente nos arquivos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, os eventos adversos relacionados a infecção hospitalar (Apêndice B). Os dados coletados foram estruturados em planilhas Excel, codificados e analisados no programa Epinfo 6.0.

Os dados da pesquisa receberam tratamento de estatística descritiva e são apresentados em tabelas, quadros e figuras. No capítulo seguinte apresentamos os resultados com discussões pertinentes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados e analisados de acordo com a seqüência dos objetivos propostos, levando em consideração o contexto de mudanças organizacionais realizadas no período, no hospital estudado e no sistema de saúde municipal e regional.

No que se refere ao hospital de estudo, o mês de maio de 1999, marca o início de um processo de reforma político-administrativa desencadeada pelo coordenador da UEHCRP-USP nomeado para o quadriênio 1999-2003. Na época foi instalado um grupo de trabalho para traçar um diagnóstico organizacional, o qual constatou que o ambiente hospitalar não oferecia condições de trabalho, destacando as precariedades arquiteturais, de recursos tecnológicos e materiais e, as insuficiências do quadro de recursos humanos (FERRAZ, 2002).

Esse ambiente deturpado ditava as regras no cotidiano contaminando as maneiras de ser e de proceder dos profissionais. O lado sombra das equipes de saúde delineava um estado de não compromisso pela qualidade do atendimento.

O sistema administrativo orientado pelo modelo clássico mostrava seu esgotamento ao revelar afrouxamento das normas com implicações danosas à qualidade do atendimento, negação das autoridades com transgressões hierárquicas, e enclausuramento das corporações profissionais, dentre outras situações de desagregação do corpo social profissional.

A reforma político-administrativa instaurada em 2000 colocou ênfase na gestão colegiada conformando grupos de gestão multiprofissional, segundo a delimitação de espaço físico e de atendimento de acordo com as características epidemiológicas e clínicas. Apostou-se na superação da cultura instituída e ao longo dos anos, foi possível presenciar conquistas na qualidade do atendimento (FERRAZ, 2002).

Nesse contexto de reestruturação interna emerge a implantação da Central Única de Regulação Médica de Ribeirão Preto- CURM em janeiro de 2000 mediante ação conjunta do coordenador da UEHCRP-USP, Secretaria Municipal da Saúde e Divisão Regional de Saúde DIR XVIII*.

A CURM é um órgão técnico e normativo, pertencente à Comissão de Intergestores Regional – CIR, a quem compete na atualidade organizar o fluxo de atendimento das urgências e emergências de forma a atender as diretrizes de regionalização e hierarquização, levando a sério a equidade e a universalidade no atendimento. Em termos operacionais ela responde pela organização do fluxo de encaminhamentos de casos de urgência para a UEHCRP-USP e para os hospitais conveniados ao SUS, respeitando graus de complexidades, capacidades resolutivas e número de leitos disponíveis (SANTOS, 2002).

Aos poucos, com base nos diagnósticos organizacionais feitos internamente pelos colegiados da gestão e, externamente pela CURM, a organização arquitetônica e tecnológica do hospital foi se adaptando às novas necessidades considerando a alta complexidade das internações. Essa mudança arquitetônica pode ser acompanhada no Quadro 1 apresentado a seguir.

* A DIR XVIII em 2007 passou a ser denominada Departamento Regional de Saúde-DRS XIII

Quadro 1 - Reestruturação Física e Funcional da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP, 2002

ÁREA FÍSICA	1999	2002
Pavimento anexos Térreo	Arquivo e Registro, sala de espera, nutrição, subestação elétrica, central de gases, manutenção, higiene e limpeza, distribuição, agência transfusional, SAMSP e SESMT, anfiteatro, salas de aula A e B, centro de recursos humanos	Arquivo e Registro, sala de espera, nutrição, subestação elétrica, central de gases, manutenção, higiene e limpeza, distribuição, agência transfusional, SAMSP e SESMT, anfiteatro, salas de aula A e B, centro de recursos humanos, caldeira e administração
Bloco A	Sala de urgência de adultos	Sala de urgência não traumática, sala de trauma, sala de estabilização e sala de acolhimento
Bloco B	Farmácia, atendimento e observação de psiquiatria, observação de cirurgia, ortopedia e cirurgia de cabeça e pescoço, rouparia	Farmácia, almoxarifados, rouparia, atendimento de oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço e psiquiatria com leitos de observação
1º Andar Bloco A	Enfermaria de crianças e alojamento de médicos residentes	Enfermaria de crianças, alojamento de médicos residentes e mezanino
Bloco B	Enfermaria de neurologia, observação de clínica médica, sala de urgência de pediatria	Sala de urgência de crianças, centro de terapia infantil, moléstias infecciosas-infantil
2º Andar Bloco A	Enfermaria de clínica médica, cirurgia e administração	Enfermaria de adultos clínicos, neurológicos e centro de estudos
Bloco B	Enfermaria de ortopedia, moléstias infecciosas infantil e laboratórios	Isolamento de semi-intensivo de adultos clínicos e neurológicos e laboratórios
3º Andar Bloco A	Maternidade e Centro obstétrico	Enfermaria de clínica cirúrgica com isolamento e semi-intensivo
Bloco B	Centro de terapia intensiva pediátrica	Centro de terapia intensiva de adultos e Unidade respiratória
4º Andar Bloco A	Unidade de queimados	Unidade de queimados
Bloco B	Centro cirúrgico, Centro de terapia intensiva de adultos, área administrativa	Centro cirúrgico, Centro de terapia intensiva de adultos, Serviço de endoscopia peroral e digestiva
5º Andar Bloco B	Central de material e esterilização	Central de material e esterilização
6º Andar Bloco B	Alojamento de docentes e médicos assistentes	Alojamento de docentes e médicos assistentes

Fonte: Adaptado de SANTOS, 2002.

A qualificação da estrutura física foi realizada mediante apoio do Projeto Reforsus, subsidiado pelo Governo Federal, o que foi fundamental para a UEHCRP-USP uma vez que com os investimentos implementou-se readequações arquitetônicas, tecnológicas e organizacionais, cabendo ressaltar que de 15 leitos existentes para pacientes críticos em 1999, passou para 34 no ano de 2000, o que representou um incremento de mais de 100%. (SANTOS, 2002). Assim estruturalmente os espaços físicos foram reformados em busca de uma melhor adequação do antigo prédio à nova realidade assistencial (LOPES, 2004), e outros espaços foram criados tendo em vista as exigências de cuidados de maior complexidade e densidade tecnológica considerando os atuais perfis demográficos e epidemiológicos.

Quanto ao quadro de pessoal de enfermagem, área que se mostrava mais carente, houve reposição por ordem do Estado, em torno de 22,8% auxiliares de enfermagem e 32,5% enfermeiros.

Após essa breve contextualização do panorama organizacional passamos a apresentar e discutir os resultados da presente investigação.

4.1 Caracterização das internações na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP

O delineamento do período de estudo, 1999 a 2005, justifica-se por incluir a perspectiva de acompanhar a evolução das internações na UEHCRP-USP, especialidade de clínica médica mediante os marcos de transformação da regulação de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto-SP, bem como pelas mudanças organizacionais que ocorreram no hospital estudado, conforme exposto anteriormente. Assim apresentamos a seguir um gráfico que permite visualizar o declínio numérico das internações ao longo do período.

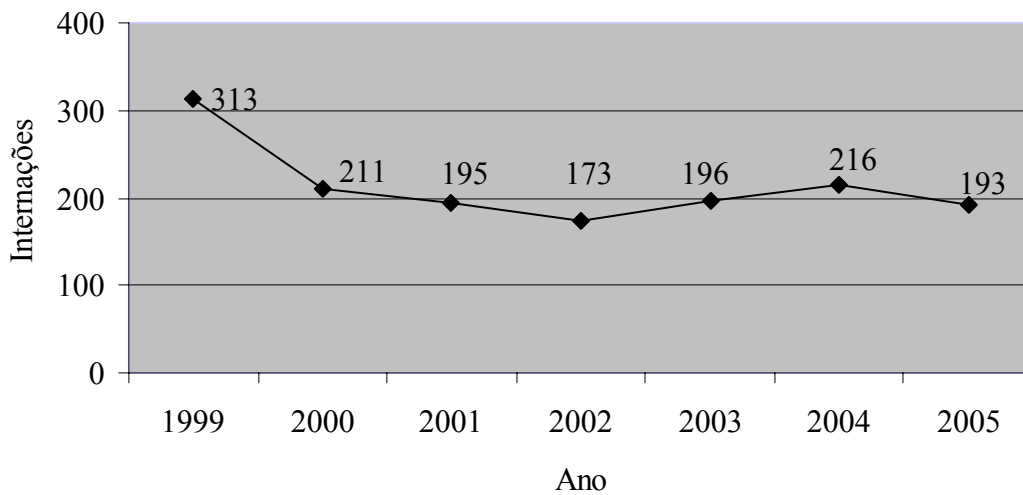


Figura 1 – Distribuição das internações na especialidade de Clínica Médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

O ano de 1999 constitui-se em ano de diagnóstico institucional que precedeu as transformações organizacionais iniciadas em janeiro de 2000. Na Figura 1 observamos uma diminuição brusca de internações de 32,6% de 1999 para 2000, seguida de reduções consecutivas de menor intensidade até 2002. Em 2003 ocorreu uma ligeira elevação de 11,7% quando comparada com o ano anterior, seguida novamente de declínio de 10,6% no período 2004-2005.

Esses dados podem ser compreendidos resgatando a história da instituição que revela que no início da década de 90 o HCRP-USP, integrou-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a UEHCRP-USP com seus 207 leitos, funcionava em regime de “porta aberta”, ou seja, com livre acesso à população sem limite de área de abrangência. Nessas condições o hospital enfrentou períodos críticos, com taxas de ocupação acima de 120% superando sua capacidade organizacional (SANTOS, 2002). O acesso livre trazia à UEHCRP-USP um grande contingente de pessoas com afecções de baixa complexidade que poderiam ser atendido na rede básica de atenção, todavia a cultura presente na população era de que a resolubilidade somente seria alcançada no nível hospitalar.

Percebia-se que a população de abrangência municipal e regional reconhecia a UEHCRP-USP como centro avançado de cuidados com capacidade tecnológica e humana, demandando alto número de atendimentos em função do cumprimento de sua responsabilidade social, o que incidia em altas taxas de ocupação de seus leitos principalmente de clínica médica (165% em janeiro de 1999) e neurologia (153% em abril 1999) (LOPES, 2004).

Conforme Lopes (2004) a ocupação de leitos hospitalares era realizada de forma desordenada, respeitando quase que exclusivamente o desejo do paciente na seleção do prestador, não levando em consideração a gravidade do caso, a capacidade humana e tecnológica e nem o grau de resolubilidade (complexidade) da instituição. Presenciava-se também um grande afluxo de usuários interessados exclusivamente em consultas rápidas.

A UEHCRP-USP era vítima de um velho modelo tradicional de atenção à saúde, com assistência centrada nos serviços hospitalares, bem como, pela falta de organização do SUS recém criado (SANTOS, 2002), sendo necessário, naquele momento, estruturar o acesso de pacientes segundo o conceito de complexidade tecnológica em urgência e emergência em âmbito do SUS municipal e regional.

Nesse contexto de incapacidade organizacional não era possível manter os pilares da gestão da qualidade uma vez que os compromissos e as responsabilidades para com os direitos dos usuários e dos profissionais não estavam sendo preservados institucionalmente (FERRAZ, 2002).

Com a reordenação do fluxo de pacientes, os casos clínicos e traumáticos de baixa e média complexidades são desviados para atendimentos em unidades básicas e distritais de saúde, bem como aos hospitais de atenção secundária, restringindo-se à UEHCRP-USP aqueles que demandam atenção de nível terciário e com alta probabilidade de internação

(FERRAZ, 2002), o que se traduziu em melhoria sensível da qualidade do atendimento (SANTOS, 2002).

Para melhor compreender o processo de regionalização da atenção de urgência hospitalar buscamos caracterizar a procedência das internações estudadas conforme sistematização na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro segundo procedência e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

Procedência	Ano													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ribeirão Preto	221	70,6	151	71,6	134	68,7	118	68,2	115	58,7	137	63,4	124	64
Outras Cidades-DRS XIII	72	23	50	23,7	51	26,2	49	28,3	70	35,7	59	27,3	55	28
Outras Cidades-Estado de São Paulo	15	4,8	9	4,2	5	2,5	6	3,5	7	3,6	15	6,9	10	5,2
Outros Estados*	5	1,6	1	0,5	5	2,5	0	0	4	2	5	2,31	4	2,1
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100

* Minas, Paraná, Roraima, Rio Grande do Sul.

Observamos na Tabela 1 que o município de Ribeirão Preto participa com os maiores percentuais de internação no hospital de estudo com uma média no período de 66,4%. Todavia essa participação ao longo dos anos encontra-se em gradual declínio, apresentando o maior percentual, 70,6% das internações em 1999 e o menor de 58,7% em 2003. Percebemos que essa menor variação de internações de Ribeirão Preto-SP tem correspondência com o aumento de internações de outras cidades da DRS-XIII, alcançando o patamar de 35,7% em 2003. Em termos de gestão, o município sede que recebe pacientes de outros municípios deve estar na lógica da Programação Pactuada e Integrada – PPI, que trata de instrumento de gestão “onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para a

garantia do acesso da população aos serviços de saúde. [...] tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e, definir a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios” (BRASIL, 2006a p.1). Todavia a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP não conseguiu pactuar, o que significa em termos operacionais que provavelmente a diminuição das internações do município de Ribeirão Preto-SP segundo encaminhamentos realizados pela CURM e o aumento das internações procedentes de outros municípios para a UEHCRP-USP, não seguiram acordos pactuados, podendo existir uma competição maior dos municípios da região para não arcarem com financiamentos. É provável que um número maior de internações do município de Ribeirão Preto estejam sendo realizadas na rede hospitalar privada conveniada.

As internações procedentes de outros municípios do estado de São Paulo fora do DRS XIII apresentaram diminuição no período 1999-2003 atingindo o menor índice em 2001, 2,5%. Os anos 2004 e 2005 apresentam percentuais superiores aos demais anos estudados, quais sejam, 6,9% e 5,2% respectivamente. O percentual de internações procedentes de outros estados é pequeno alcançando seu maior patamar em 2001, com 2,5% cumprindo a expectativa de que a regulação de acesso de urgência e emergência transcorra dentro das áreas dos departamentos regionais de saúde e, somente os casos que requeiram alta densidade tecnológica e de especialização médica sejam encaminhados após regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (BRASIL, 2006b).

No ano de 2000, como já relatamos o hospital de estudo inicia sua reorganização interna buscando implantar uma gestão de qualidade entendendo que, reestabeler sua capacidade organizacional significaria investir na estrutura arquitetônica, mobiliária e de equipamentos médicos, de recursos humanos, de valores pessoais e de equipe, de relações

interpessoais, de gestão e poder, entre outros elementos objetivos e subjetivos melhorando assim sua capacidade resolutiva (FERRAZ, 2002).

Para Ferraz (2002) o território do hospital possui uma materialidade mística e nesta dinâmica de melhoria do espaço físico e tecnológico, o hospital de estudo passou de um local com diversas inadequações, equipamentos obsoletos, excedentes de pacientes sem acomodações para um lugar apropriado à sua capacidade organizacional, o que contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento de uma gestão de qualidade, tanto nos aspectos organizacionais quanto no que se refere aos cuidados de enfermagem.

O reordenamento físico mobilizou e aglutinou as equipes de trabalho para darem respostas coletivas à funcionalidade do ambiente, responsabilizando-se pela elaboração de regras de ocupação física. Essa aproximação coletiva em torno de um dado objetivo ao mobilizar para o diálogo também possibilitou realizar revisões das práticas institucionais, articulando aspectos subjetivos do trabalho fortalecendo uma cultura de solidariedade entre profissionais e para com os pacientes e familiares (FERRAZ, 2002).

4.2 Caracterização do perfil demográfico das internações da especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP

Na Tabela 2 estão apresentados os dados referentes aos aspectos sócio-demográficos dos pacientes internados na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP, no período de estudo.

Tabela 2 - Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro segundo faixa etária, sexo, estado civil, raça, grau de instrução e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

Variáveis	Ano														
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Faixa Etária	>30	40	12,8	25	11,8	21	10,8	24	13,9	37	18,9	55	25,5	42	21,8
	30 — 40	52	16,6	30	14,3	36	18,5	21	12,1	23	11,7	30	13,9	22	11,4
	40 — 50	45	14,3	21	10	25	12,8	19	11	25	12,8	29	13,4	38	19,7
	50 — 60	44	14	31	14,6	24	12,3	31	18,4	30	15,3	25	11,6	21	10,9
	60 — 70	50	16	37	17,5	31	15,9	32	18,5	28	14,3	32	14,8	26	13,5
	70 — 80	53	17	36	17	42	21,5	22	12,7	31	15,8	29	13,4	23	11,9
	80 —	27	8,6	29	13,7	16	8,2	22	12,7	22	11,2	15	6,9	19	9,8
	Não informado	2	0,6	2	0,9	0	0	2	1,2	0	0	1	0,5	2	1
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100	
Sexo	Feminino	148	47,3	111	52,6	94	48,2	82	47,4	102	52	112	51,9	105	54,4
	Masculino	165	52,7	100	47,4	101	51,8	91	52,6	94	48	104	48,1	88	45,6
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100	
Estado Civil	Casado	146	46,8	94	44,5	87	44,6	73	42,1	86	43,8	99	45,8	64	33,2
	Separado	24	7,6	17	8	13	6,7	13	7,5	16	8,2	6	2,8	18	9,3
	Solteiro	93	29,8	51	24,2	58	29,7	56	32,3	59	30,1	76	35,1	69	36
	Viúvo	49	15,7	47	22,3	34	17,4	29	16,8	34	17,3	30	13,8	39	20
	Não informado	1	0,3	2	0,9	3	1,5	2	1,2	1	0,5	5	2,5	3	1,6
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100	
Raça	Branca	241	77	162	76,8	152	77,9	129	74,6	140	71,4	177	81,9	146	75,6
	Mulata	46	14,7	26	12,3	26	13,3	30	17,3	32	16,3	24	11,1	30	15,5
	Negra	26	8,3	22	10,4	16	8,2	14	8,1	24	12,2	15	6,9	16	8,3
	Amarela	0	0	1	0,5	1	0,5	0	0	0	0	0	0	1	0,5
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100	
Grau de Instrução	nenhum	58	18,5	37	17,5	33	17	38	22	43	21,9	29	13,4	20	10,4
	1ºGrau	241	77	166	78,7	159	81,5	127	73,4	141	71,9	161	74,5	151	78,2
	2ºGrau	10	3,2	3	1,4	2	1	5	2,8	8	4,1	18	8,3	17	8,8
	superior	3	1	4	1,9	0	0	2	1,2	2	1	3	1,4	4	2,1
	Não informado	1	0,3	1	0,5	1	0,5	1	0,5	2	1	5	2,3	1	0,5
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100	

A variável faixa etária do pacientes internados no período de estudo variou de 12 a 100 anos, com média de 53 anos em 1999, de 59 em 2000, de 55 em 2001, de 57 em 2002, de 54 em 2003, de 48 em 2004 e de 47 anos em 2005. Do total de 1497 internações no período estudado, 754 são do sexo feminino e 743 do sexo masculino. Em relação ao estado civil o maior percentual por ano é da categoria casados obedecendo uma variação no período de

33,2% a 46,8% seguido pela categoria solteiro com variação de 29,8% a 36%. Quanto à raça verifica-se predomínio da branca com um patamar superior a 70% em todos os anos estudados. O grau de instrução preponderante é o 1º grau também com percentuais superiores a 70%.

Das variáveis estudadas, a análise da estrutura etária das internações é a que tem maior implicação na gestão organizacional hospitalar considerando que determinadas faixas etárias implicam em enfermidades associadas, cuidados de enfermagem com maior ou menor grau de dependência. A Organização Panamericana de Saúde vem colocando em foco a faixa etária dos 60 anos e mais por favorecer a ocorrência de doenças crônicas e degenerativas (LEBRÃO; LAURENTI, 2005) bem como de ocorrências de situações adversas, tal como a infecção hospitalar (VILAS BOAS; RUIZ, 2004).

Nesta direção a Tabela 2, aponta que das internações realizadas na especialidade de clínica médica, o número de internações de 60 anos ou mais, nos anos de 1999- 2003 obteve percentual superior a 40%, atingindo em 2000, 48,3%. Esse dado está relacionado à esperança de vida que aumentou quatro anos para homens e 6,8 anos para mulheres alcançando 53,7 anos em 1970. Entre esta data e 1991 o índice de envelhecimento da população obteve um incremento superior a 100% e a esperança de vida ao nascer ultrapassou os 65 anos, sendo que a projeção para 2020 é de 75 anos (CHAIMOWICZ, 1997).

A proporção de idosos, definida como a população de 60 anos ou mais (IBGE, 2002) vem aumentando na população brasileira, e este processo de envelhecimento tem como explicação o declínio contínuo do processo de fecundidade e simultaneamente, o crescimento da esperança de vida, tanto para homens como para mulheres. Em Ribeirão Preto-SP, segundo dados do censo do IBGE (2002) a expectativa de vida é de 74,4 anos.

As estimativas a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, mostram que a população idosa, alcançou aproximadamente 17 milhões

de pessoas em 2002. Representa 9,6% da população total e concentra maior proporção de população nas faixas etárias, de 60 a 69 anos, tendo em vista que o processo de envelhecimento da população brasileira ainda é recente, se comparado com o dos países mais desenvolvidos.

Esses dados analisados dentro de um contexto de desigualdades sociais da população brasileira, em destaque a educação e a saúde, causam preocupação ao projetarem uma alta complexidade de atendimento às necessidades de atenção às pessoas que se encontram nessa estrutura etária; atenção essa que precisa traduzir-se em melhoria da qualidade de vida, em acesso à atenção básica de saúde a fim de obter um maior controle sobre as internações hospitalares. Esse quadro na perspectiva do nosso estudo reforça a preocupação referida anteriormente, uma vez que o perfil demográfico encontrado nas internações de clínica médica está atrelado a um perfil epidemiológico de co-morbidades conforme veremos posteriormente, o que requererá alinhamento das políticas de saúde, em particular de acesso facilitado e de qualidade aos serviços de saúde. Ainda investimentos em desenvolvimento científico tecnológico tendo em vista a integralidade do cuidado e de valorização de recursos humanos em saúde serão necessários para atender esse perfil de transição demográfica e epidemiológica.

A pressão demográfica nos sistemas de saúde públicos é grande, e decorre do fato de que a população idosa gradualmente migra do sistema privado para o público conforme as pessoas saem do mercado de trabalho, pois os custos com a saúde tornam-se inviáveis e, esse contingente passa a utilizar o sistema público exatamente no momento em que suas necessidades de saúde são maiores*.

Todavia na Tabela 2 observamos também que em 2004 e 2005 houve declínio no percentual de internações, 35,5% e 34,8% respectivamente, na faixa etária de 60 anos e mais.

* Obtido do Seminário O processo de envelhecimento populacional no Brasil do século XXI em outubro de 2005, sessão temática: Assistência à Saúde do Idoso. Expositores: Kilsztajn, S. e Wong, L.R.

Para entender esses dados retomamos o cenário do município de Ribeirão Preto-SP para a atenção hospitalar de urgência na especialidade de clínica médica. A população conta basicamente com dois hospitais, um público que é a UEHCRP-USP e outro privado conveniado ao SUS, sendo que no ano de 2004 ocorreram mudanças na gestão municipal de saúde e instalou-se um melhor monitoramento e distribuição das internações da especialidade de clínica médica na rede de atenção hospitalar, na tentativa de romper com a lógica precípua do faturamento segundo procedimentos tecnológicos.

Podemos notar em relação ao sexo que em quatro dos sete anos estudados predominaram internações de pacientes do sexo feminino 2000, 2003, 2004 e 2005, com percentuais acima de 50% .

Segundo o IBGE (2005) o tempo de vida médio das mulheres permaneceu maior que o dos homens entre 2000 e 2005. Em 2000, a diferença da expectativa de vida entre homens (66,7 anos) e mulheres (74,4 anos) era de 7,7 anos. Cinco anos depois, a pesquisa mostra que as mulheres vivem 7,6 anos a mais (75,8 anos) que os homens (68,2 anos). A feminização da velhice vem demandando atenção, no município de São Paulo-SP segundo estudo no qual para cada 100 homens existem 142 mulheres (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Quanto ao estado civil a condição de casados (casados e amasiados) prevaleceu no período 1999-2004 com uma média de 43 %, seguida da de solteiros com 31 %. No ano de 2005 ocorreu uma inversão, o percentual de pacientes casados diminuiu ficando em 33,2% e o percentual de solteiros se elevou para 36%. Destacamos que a condição de convivência, de relacionamento conjugal principalmente para as pessoas idosas contribui para uma melhor qualidade de vida, favorecendo o auto e o hetero cuidado.

Quanto à raça da população de estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os períodos analisados ao se comparar o percentual de pacientes pertencentes a cada um dos grupos raciais. Podemos constatar o predomínio da raça branca

atingindo em 2001 um percentual de 77,9%, no entanto cabe ressaltar que a população sudestina é majoritariamente branca (64%). Nesta região, os negros e pardos compõem juntos 35,2% e os amarelos ou indígenas 0,8% (IBGE, 2002).

Ainda analisando os dados da Tabela 2 nota-se que o grau de instrução predominante da população atendida no hospital de estudo em torno de 70%, é o primeiro grau sendo que em 2002, 22% não possuíam qualquer instrução. Destacamos o baixo percentual de pacientes com formação de nível superior, sendo que em 2001 essa camada social não contribuiu com a taxa de internação no período estudado. Nos hospitais públicos encontramos uma clientela constituída por pacientes carentes (ZANON, 2001) e consequentemente com pouca escolaridade. No Brasil a taxa de alfabetização da população é de 87,1% e o total de analfabetos de 12,9% (IBGE, 2002).

4.3 Caracterização do perfil epidemiológico das internações na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP

Para compor a caracterização do perfil epidemiológico das internações foram analisados os dados de diagnóstico principal por ocasião da alta hospitalar e categorizados segundo CID-10. A seguir apresentamos a Tabela 3 que mostra a frequência das doenças ao longo do período estudado.

Tabela 3 - Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP, no mês de novembro segundo diagnóstico principal e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

Diagnóstico Principal CID 10	Ano													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Doenças infecciosas e parasitárias	35	11,2	23	10,8	31	15,8	24	13,8	22	11,2	20	9,2	24	12,4
Neoplasias e Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	11	3,5	5	2,3	7	3,5	12	6,8	16	8,2	31	14,3	20	10,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	13	4,1	10	4,7	7	3,6	14	8	12	6,1	12	5,5	10	5,2
Transtornos mentais e comportamentais	2	0,6	5	2,3	7	3,6	7	4	10	5,1	10	4,6	6	3,1
Doenças do sistema nervoso	6	1,9	0	0	4	2	9	5,2	5	2,5	5	2,3	4	2
Doenças do olho, anexos e do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0	0	1	0,5
Doenças do aparelho circulatório	98	31,3	73	34,6	51	26,1	34	19,6	51	26	50	23,1	43	22,3
Doenças do aparelho respiratório	53	17	23	11	27	13,8	24	13,8	20	10,2	18	8,3	22	11,4
Doenças do aparelho digestivo	31	9,9	19	9	18	9,2	12	6,9	7	3,6	10	4,6	12	6,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	2,1	2	0,9	2	1	4	2,3	2	1	3	1,4	3	1,5
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6	1,8	1	0,4	0	0	2	1,1	3	1,5	3	1,4	1	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	16	5,1	8	3,8	12	6,1	7	4	9	4,6	7	3,2	5	2,6
Gravidez, parto e puerpério	1	0,3	1	0,4	1	0,5	0	0	1	0,5	0	0	1	0,5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	21	6,7	20	9,5	15	7,7	9	5,2	13	6,6	14	6,5	17	8,8
Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	12	3,8	19	9	11	5,6	15	8,6	22	11,2	33	15,2	24	12,4
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1	0,3	2	0,9	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100

Observa-se na Tabela 3 que as doenças do aparelho circulatório participam do quantitativo de internações com o maior percentual em todos os anos estudados com uma

média percentual de 26,1%, porém mostra declínio ao longo do período, assim o maior índice está registrado no ano de 2000 com 34,6% e o menor em 2002 com 19,6%. As doenças do aparelho respiratório ocupam a segunda posição com uma média percentual no período de 12,2% sendo que o ano de 1999 apresentou o maior percentual, 17% e o ano de 2004 registrou o menor, 8,3%. Em terceira posição encontram-se as doenças infecciosas e parasitárias com uma média no período de 11,9%, todavia os dados não conformam uma tendência por apresentarem oscilações de aumento e diminuição ao longo da série estudada, assim registra-se 11,2% em 1999 saltando para 15,8% em 2001 e retrocedendo para 9,2% em 2004. O capítulo das neoplasias e doenças do sangue e transtornos imunitários apresentou perfil claro de tendência crescente de internações no período de 1999-2001 com média de 3,1% e, no quadriênio 2002-2005, a média esteve no patamar de 9,9% cabendo registrar sua expressividade pelos índices de 14,3% e 14,4% nos dois últimos anos estudados.

Essa conformação epidemiológica tem ressonância com a idéia de Chaimowicz (1997 p.189) de que no Brasil não vivenciamos a transição epidemiológica com as características presentes nos países desenvolvidos. A nossa realidade “não é de transição mas de superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e as crônico-degenerativas”, esse padrão de morbidade se reflete no quadro de internações.

Todavia estudo de morbidade hospitalar geral do Vale do Paraíba confirma modificações características de transição demográfica e epidemiológica com aumento das doenças do aparelho circulatório e respiratório e diminuição das infecciosas e parasitárias (LEBRÃO, 1999).

Vários estudos confirmam a associação do perfil etário com necessidade de hospitalização. O Ministério da Saúde demonstra, analisando dados do Sistema de Informação Hospitalar SIH-SUS, que as internações concentram-se nas faixas etárias extremas e aumentam gradualmente após a quinta década de vida. Para as pessoas com 60 anos ou mais a

taxa de internação hospitalar foi mais de duas vezes superior à verificada na faixa etária de 20-59 anos. Os dados referentes ao diagnóstico principal de pessoas idosas apontam para uma escala de causas de internação, em destaque as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo em ambos os sexos (LOYOLA FILHO, 2004).

Algumas projeções indicam tendência de redução dos riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares, mas pontuam o aumento da sua importância pela maior longevidade, exposição a fatores como o tabagismo, sedentarismo, dietas ricas em gorduras saturadas, hipertensão e diabetes (ISHITANI et al., 2006).

As doenças cardiovasculares são parte do segmento das doenças crônicas não transmissíveis juntamente com as neoplásicas, sendo aquelas que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde com um aumento significativo dos investimentos em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Esse é um desafio para gestores municipais, estaduais e, nesta direção o Ministério da Saúde assumiu como prioridade, a estruturação de um sistema de prevenção e controle dessas doenças instalando em 2003 a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (MALTA et al., 2006).

Essas enfermidades representam o principal problema de saúde pública com tendência crescente e, se não houverem motivações para engajamentos em promoção da saúde, os patamares de internação permanecerão nas primeiras posições, inclusive em unidades de urgência e emergência como mostra nosso estudo, considerando os eventos de agudização dessas doenças. Para Santos (2003) a área de clínica médica da UEHCRP-USP mesmo após a instalação da CURM mantém taxas superiores a 100% de ocupação, salientando que a atenção nesta especialidade e ao idoso ainda não está equacionada em âmbito da DRS XIII, indicando ser esse um problema de gestão.

Analisamos que no período de 2001-2002, o espaço físico da UEHCRP-USP que abrigava os pacientes de clínica médica foi reformado, ampliado e qualificado, valendo

destacar que do total de 22 leitos de enfermaria, essa especialidade passou a operar com 16 leitos de enfermaria, cinco de isolamento, quatro leitos de cuidados semi-intensivos e cinco leitos de estabilização de estado crítico. Todavia, mesmo com essa incorporação física e tecnológica, a taxa de ocupação encontra-se em tendência crescente alcançando em 2004, 146% (UNIDADE..., 2005) demonstrando que a regulação do acesso não foi suficiente para manter estável a capacidade organizacional do referido hospital, requerendo o fortalecimento das políticas de gestão do município e do estado.

Ainda na Tabela 3 nos chama a atenção o tópico das lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas que mostram tendência de aumento ao longo do período, sendo que em 1999 o percentual era de 3,8%, atingindo em 2004, o percentual de 15,2%. Esse contingente de internações basicamente refere-se a pessoas mais jovens, 87% estão na faixa de 12 a 55 anos e os acometimentos mais freqüentes são: intoxicação por antidepressivos e benzodiazepinas, efeito tóxico de inseticidas e rodenticidas e efeito tóxico do veneno de serpente.

A seguir apresentamos a Tabela 4 que sistematiza a temática da co-morbidade mostrando as internações segundo número de diagnósticos principal e associados.

Tabela 4 - Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP, no mês de novembro, segundo número de diagnósticos e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

Nº de Diagnósticos	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	38	12,1	9	4,3	12	6,2	21	12,1	15	7,65	17	7,9	20	10
2 — 5	173	55,3	115	54,5	87	44,6	76	43,9	91	46,4	93	43	91	47
5 — 8	64	20,4	62	29,4	68	34,8	55	31,8	70	35,7	68	31	50	26
8 —	38	12,2	25	11,7	28	14,4	21	12,2	20	10,2	38	18	32	17
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100

Observa-se que a faixa de associação de 2 a 4 diagnósticos é a mais representativa nas internações estudadas, iniciando em 1999 com 55,3% apontando ligeiro declínio em 2000,

com percentual de 54,5%, e registrando nos anos subsequentes, de 2001 e 2005, diminuição mais expressiva 44,6%, 43,9%, 46,4%, 43% e 47%, respectivamente. Verifica-se que a faixa de associação de 5 a 7 enfermidades mantêm-se na segunda posição com aumento ao longo do período elevando-se de 20,4% em 1999 para 35,7% em 2003. As internações com mais de oito diagnósticos tornam-se expressivas nos anos 2004 e 2005 com percentuais respectivos de 18% e 17%. Cabe destacar que a partir de 2000, a CURM passou a direcionar para a UEHCRP-USP pacientes clínicos com maior complexidade e, conseqüentemente, com maior número de co-morbidades.

A associação de diagnósticos é um fenômeno pouco estudado, porém já na década de 70 reconhecia-se que o aumento da vida média fazia com que adultos e idosos passassem a acumular doenças. Estudo de Laurenti (1973) demonstra que o diabetes está associado a uma série de outras doenças, entre elas as infecciosas, hipertensivas, isquêmicas do coração, cerebrovasculares, neoplásicas e outras doenças do sistema geniturinário.

Investimentos para conhecer as co-morbidades hospitalares são de fundamental importância para a enfermagem na medida em que a coexistência de doença aumenta a gravidade clínica e a dependência de cuidados. Para Lucif Junior e Rocha (2004 p.784) que estudaram as implicações das co-morbidades em relação à taxa de mortalidade hospitalar considerando a predição das complicações e resultados desfavoráveis entre casos hospitalizados, nos leva a reconhecer que “existe um risco de morrer inerente ao paciente, que define as suas possibilidades de sobrevivência, mas que problemas de qualidade no processo de cuidado ao paciente pode aumentar esse risco”.

Nosso estudo revelou que o grupo de diagnósticos associados mais prevalentes nas internações na especialidade de clínica médica integra as seguintes enfermidades: hipertensão essencial (primária), diabetes mellitus, doenças pelo HIV, seqüela de doenças cerebrovasculares, neoplasias, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool

e fumo, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca.

Lopes (2004) analisando as taxas de co-morbidades de pacientes internados no mesmo hospital nas áreas de clínica médica, cirúrgica e neurológica, nos meses de maio de 1996 antes da implantação da CURM e em maio de 2001 após sua implementação, observou no segundo período de análise um incremento de cerca de 11% na amostra global, diferença esta considerada altamente significativa.

Tabela 5 - Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro segundo dias de internação e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

Dias Internação	Ano													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	115	36,7	92	43,6	78	40	70	40,5	86	43,9	91	42,1	86	45
2	40	12,8	25	11,8	31	16	18	10,4	29	14,8	22	10,2	15	7,8
3	28	8,9	23	10,9	13	6,7	19	11	17	8,7	27	12,5	25	13
4 — 10	81	26	55	26	50	25,6	45	26	41	21	43	20	47	24
10 — 20	32	10,2	9	4,3	12	6,1	13	7,5	13	6,6	21	9,7	14	7,2
20 — 30	10	3,2	6	2,8	6	3	4	2,3	4	2	7	3,2	1	0,5
30 —	7	2,2	1	0,5	5	2,6	4	2,3	6	3	5	2,3	5	2,5
Total	313	100	211	100	195	100	173	100	196	100	216	100	193	100
Média	5,36		4,02		4,89		5,12		5,27		6,02		4,69	
Menor e maior valor	1 a 48		1 a 36		1 a 50		1 a 84		1 a 131		1 a 160		1 a 56	

A Tabela 5 revela que no período estudado a média de internação de um dia é de 41,7% ocupando a primeira posição, ao nosso ver esse resultado pode ser compreendido considerando que todo paciente atendido na sala de urgência que permanece em observação por um período acima de 12 horas é internado recebendo alta após esclarecimento do quadro clínico.

Encontramos que os diagnósticos principais mais frequentes neste tipo de internação estão relacionados às doenças cardiovasculares, do aparelho respiratório e ao

capítulo CID-10 das lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, cabendo explicitar que em 1999, dessas internações, 35% receberam diagnósticos de doenças do aparelho circulatório, ocorrendo diminuição desse percentual em 2000 e 2005, que passou a registrar 29% e 21% respectivamente. Conseqüentemente a esse declínio, observa-se um aumento gradual dos diagnósticos de lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, que em 1999 representava 7%, e em 2005 atingiu 17%. A faixa etária predominante em questão é de 35-60 anos.

O intervalo de quatro a nove dias de internação ocupa a segunda posição, ao longo do período estudado, sendo evidenciado que há predomínio das doenças cardiovasculares, infecciosas e respiratórias como motivo principal dessas internações. A faixa etária predominante em destaque é a de 50-80 anos. A menor média de internação no período foi de 4,02 dias no ano de 2002 que apresentou uma variação de 1 a 36 dias de hospitalização, a maior média ocorreu em 2004, atingindo 6,02 com uma grande amplitude de variação de 1 a 160 dias de internação.

Estudo da permanência geral na UEHCRP-USP no período de 1999-2002, identificou médias de 3,8 a 4,5 dias (SANTOS, 2002), menores às encontradas no recorte estudado circunscrito à especialidade de clínica médica, que ao nosso ver justifica-se em função da gravidade dos casos, portanto, a rotatividade de leitos nesta área é menor quando comparada a área cirúrgica e pediátrica, o que explica as altas taxas de ocupação de leitos.

Esse dado também contribui para a análise de que um grande contingente de pessoas com doenças crônicas procuram atendimento de urgência em situações de agudização clínica e permanecem neste espaço na condição de internados após a estabilização clínica pela dificuldade de transferência para hospitais gerais. Cabe destacar a importância de se incrementar a assistência e a internação domiciliar, bem como pactuações para transferências para hospitais gerais a fim de garantir maior rotatividade dos leitos de urgência e emergência.

4.4 Caracterização de eventos adversos relativos a infecção hospitalar na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP

A infecção hospitalar decorre do processo de internação podendo estar associada ou não a procedimentos invasivos e suas implicações nos resultados organizacionais é inquestionável sendo apontada como importante causa de morbidade e mortalidade. As internações que compõem nossa amostra foi rastreada na tentativa de conhecer o padrão desse evento adverso ao longo do período, conforme demonstrado na Figura 2.

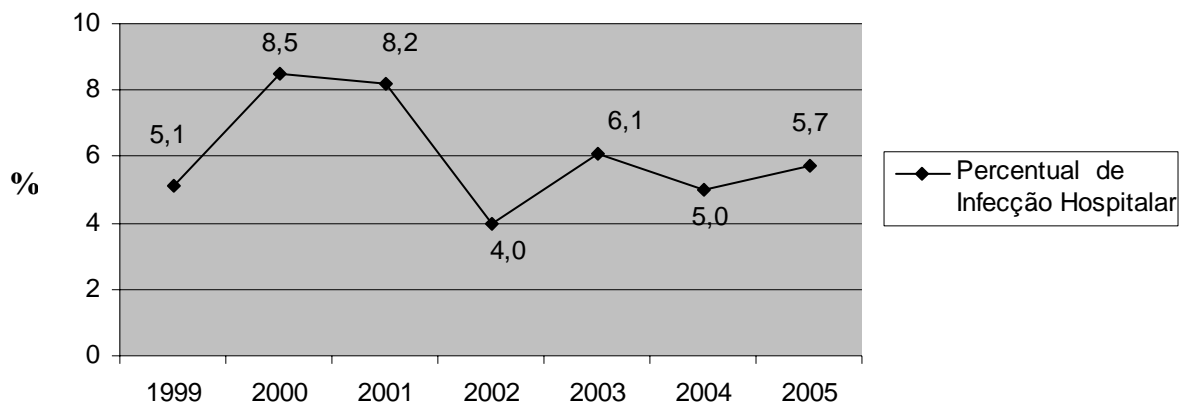


Figura 2 - Percentual de Infecção Hospitalar na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro, segundo ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

A Figura 2 mostra que no período 1999-2001 a curva é crescente de infecção hospitalar registrando 5,1%, 8,5% e 8,2% respectivamente. O ano de 2002 apresenta declínio acentuado registrando 4% e os anos subsequentes são marcados por elevações, atingindo 6,1%, 5% e 5,7%, respectivamente, nos últimos três anos estudados.

As taxas de infecção hospitalar observadas em estabelecimentos de saúde podem ser muito diferentes por refletirem as características de clientela atendida, o tipo de serviços oferecidos e a tecnologia utilizada na assistência aos pacientes. Também é importante

considerar o sistema de vigilância epidemiológica adotado pelo hospital e a efetividade do programa de controle e prevenção das infecções hospitalares (TURRINI, 2004).

Segundo Machado (2001) nos Estados Unidos, 5% a 10% dos pacientes que são internados contraem infecção hospitalar. No Brasil, as taxas variam de 5% a 6% (MARTINS, 1993). Gomes (2004) em estudo realizado em um hospital universitário encontrou taxas de pacientes com infecção hospitalar dentro das referidas por Machado (2001) e Martins (1993).

Gomes (2004) encontrou em seu estudo uma frequência de infecção hospitalar em unidade de clínica médica que variou de 0,8% a 15%, sendo a terceira unidade de internação com maior frequência após a neurocirurgia (45% a 61%) e cirurgia geral (1,3% a 16%).

Selecionamos dois componentes para analisar esses dados a gravidade dos pacientes e a organização arquitetônica hospitalar. Em 1999, 32,6% das internações apresentavam mais de cinco diagnósticos associados; em 2000, elevou-se para 41,1% e em 2001 alcançou 49,2%, o que representa um aumento na gravidade dos pacientes. Somado a essa realidade, os leitos de clínica médica totalizavam 22, os quais estavam espalhados pelo hospital que se encontrava em reforma, também não havia ainda área privativa para estabilização clínica, semi-intensivo e isolamento. O ano de 2002 que alcançou o menor índice de infecção hospitalar registrou a finalização da reforma física reestruturando os leitos de clínica médica, que foram alocados no mesmo pavimento, sendo ainda instituídos cinco leitos de estabilização clínica, quatro de semi-intensivo, cinco de isolamento e 16 em enfermarias, todos com incorporação tecnológica. Ao nosso ver esta reorganização teve impacto na diminuição das infecções hospitalares.

No entanto como podemos notar, esse aspecto é importante, mas não suficiente para manter os índices de infecção em patamares inferiores, cabendo registrar que a educação

permanente em serviço e a supervisão de enfermagem são fundamentais para garantir práticas de controle de infecção hospitalar.

Com base no total de infecções hospitalares verificadas nas internações estudadas, estabelecemos os percentuais referentes a cada topografia investigada, trato urinário, aparelho respiratório e corrente sanguínea.

A seguir apresentaremos a Figura 3 que mostra a distribuição percentual das infecções hospitalares estudadas, segundo as diferentes topografias.

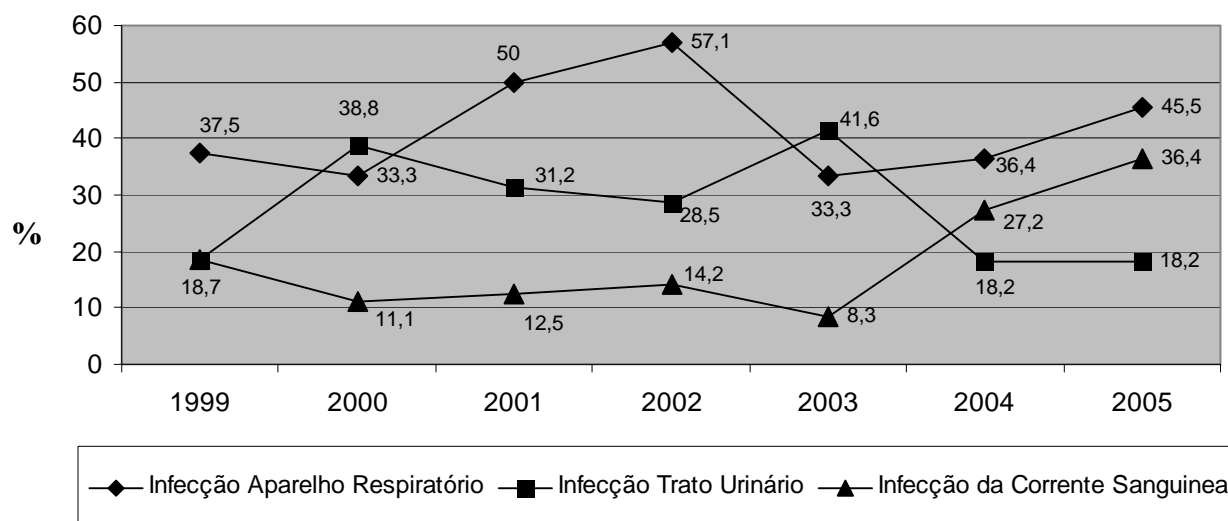


Figura 3 - Percentual de Infecção Hospitalar na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro, segundo topografias estudadas e ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

O gráfico apresentado revela que as infecções do aparelho respiratório mantêm padrão em elevação no intervalo 2000-2002 com um pico de 57,1% das infecções, na seqüência registra-se declínio acentuado para 33,3% em 2003, e retorna ao padrão de crescimento nos dois últimos anos.

O comportamento das infecções do trato urinário é variável ao longo do período com dois picos de elevação em 2000 e 2003 com 38,8% e 41,6% respectivamente. De 2003 a

2004 este índice declina bruscamente e mantêm-se com percentual de 18,2 nos anos de 2004 e 2005.

As infecções da corrente sanguínea em 1999 apresentaram 18,7%, esse percentual segue declinando até 2003 quando atingiu 8,3%. Todavia, nos dois últimos anos o crescimento é expressivo alcançando o índice de 36,4%.

Estudo evidencia que as topografias mais freqüentes de infecção hospitalar são as do trato urinário, pneumonia, de sítio cirúrgico e sepse, com distribuição percentual variando, respectivamente, de 40,8% a 42%, 11% a 32,9%, 8% a 24% e 5% a 9,2% (VILLAS BOAS; RUIZ, 2004).

Outro estudo realizado por Andrade, Leopodo e Haas (2006) em Unidade de Terapia Intensiva revelou que dentre as infecções hospitalares as mais freqüentes foram: a pneumonia (31,9%), septicemia (29,3%) e infecção urinária (24,2%).

No Quadro 2 pode-se observar que dos pacientes com infecção hospitalar, a maioria apresentou infecção do aparelho respiratório, especificamente pneumonia. Em relação à taxa de incidência de pneumonia por unidade de internação, Gomes (2004) encontrou na unidade de clínica médica do Hospital Universitário Getúlio Vargas, taxas que variaram de 0,2% a 5,8% em seis anos estudados.

Na seqüência apresentamos o Quadro 2 que mostra as infecções hospitalares associadas com as variáveis sexo, idade, número de diagnósticos, dias de internação e topografia.

Quadro 2 - Distribuição de pacientes com infecções hospitalares na especialidade de clínica médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no mês de novembro, segundo sexo, idade, número de diagnóstico, dias de internação, número de infecções e ano. Ribeirão Preto, 1999-2005

Paciente	Sexo	Idade	Nº de diagnóstico	Dias de Internação	Nº de infecções	Topografia
Novembro 1999						
1	F	59a	8	47	3	aparelho respiratório (2), trato urinário
2	F	64a	10	38	1	aparelho respiratório
3	F	80a	10	22	1	aparelho respiratório
4	F	26a	6	44	2	corrente sanguínea, trato urinário
5	F	74a	6	36	2	corrente sanguínea, trato urinário
6	M	71a	10	11	2	corrente sanguínea, aparelho respiratório
7	M	42a	3	21	1	aparelho respiratório
Novembro 2000						
1	F	48a	4	8	1	trato urinário
2	F	71a	4	15	1	aparelho respiratório
3	F	74a	8	24	1	trato urinário
4	F	81a	7	1*	1	trato urinário
5	F	79a	6	22	2	aparelho respiratório, trato urinário
6	M	75a	10	16	1	trato urinário
7	F	82a	7	18	1	aparelho respiratório
8	F	75a	5	1*	1	trato urinário
9	F	74a	6	12	1	aparelho respiratório
10	M	60a	4	25	2	aparelho respiratório, corrente sanguínea
11	M	86a	5	28	3	aparelho respiratório, trato urinário, corrente sanguínea
Novembro 2001						
1	F	85a	11	10	1	corrente sanguínea
2	F	70a	7	50	1	aparelho respiratório
3	M	62a	9	39	4	trato urinário(3), aparelho respiratório
4	F	73a	18	27	2	corrente sanguínea, trato urinário
5	M	63a	7	8	1	aparelho respiratório
6	F	81a	10	30	1	aparelho respiratório
7	M	57a	6	37	1	aparelho respiratório
8	F	84a	8	29	1	aparelho respiratório
9	M	70a	12	25	3	aparelho respiratório (2), trato urinário
Novembro 2002						
1	F	87a	13	84	2	aparelho respiratório, trato urinário
2	F	49a	9	30	2	aparelho respiratório, trato urinário
3	M	66a	8	20	1	aparelho respiratório
4	F	75a	11	45	1	corrente sanguínea
5	M	68a	5	36	1	aparelho respiratório
Novembro 2003						
1	F	75a	4	33	2	aparelho respiratório trato urinário
2	F	49a	9	131	3	trato urinário (2), corrente sanguínea
3	M	67a	7	44	1	trato urinário
4	M	73a	9	44	1	aparelho respiratório
5	F	67a	7	45	3	aparelho respiratório (2), trato urinário
Novembro 2004						
1	M	57a	9	95	1	trato urinário
2	M	65a	4	20	1	aparelho respiratório
3	M	39a	7	23	1	corrente sanguínea
4	M	27a	15	29	1	aparelho respiratório
5	M	27a	12	37	1	corrente sanguíneas
6	M	49a	19	160	2	aparelho respiratório, trato urinário
7	F	76a	17	85	3	aparelho respiratório, trato urinário, corrente sanguínea
Novembro 2005						
1	F	69a	11	37	3	aparelho respiratório, trato urinário, corrente sanguínea
2	M	80a	12	45	4	aparelho respiratório, trato urinário, corrente sanguínea (2)
3	F	36a	10	17	1	corrente sanguínea
4	F	34a	9	33	1	aparelho respiratório
5	M	68a	10	56	1	aparelho respiratório
6	F	83a	7	18	1	aparelho respiratório

* Segundo informação da CCIH do hospital, esses dois casos com um dia de internação referem-se a um paciente que evoluiu para óbito e outro que sofreu transferência de especialidade médica

Analisando os dados do Quadro 2 observamos que em 1999, dos 313 pacientes internados na especialidade de clínica médica 7 (2,23%) apresentaram infecção hospitalar nas topografias estudadas, 5 do sexo feminino e 2 masculino. A idade variou de 26 anos a 80 anos com média de 59 anos. O número de diagnóstico por paciente variou de 3 a 10 com média de 7,6. Quanto ao período de internação houve variação de 11 a 47 dias, com média de 31 dias por paciente. Com relação a infecção hospitalar por topografia obtivemos 12 casos (3,83%), sendo 6 do aparelho respiratório (sem ventilação mecânica), 3 do trato urinário (sem uso sonda vesical de demora) e 3 casos de infecção da corrente sanguínea sendo 1 septicemia (com uso de cateter venoso central) e 2 bacteremias.

Em 2000 dos 211 pacientes, 11 (5,2%) apresentaram infecção hospitalar nas topografias estudadas, 8 do sexo feminino e 3 masculino. A idade variou de 48 anos a 86 anos com média de 73 anos. O número de diagnóstico por paciente variou de 4 a 10 com média de 6. O período de internação variou de 1 a 28 dias, com média de 15 dias por paciente. Com relação a infecção hospitalar por topografia obtivemos 15 casos (7,1%), sendo 6 do aparelho respiratório (sem ventilação mecânica), 7 do trato urinário dos quais 5 estão relacionados ao uso sonda vesical de demora e, 2 casos de infecção da corrente sanguínea sendo septicemia com uso de cateter venoso central.

Em 2001 dos 195 pacientes, 9 (4,6%) apresentaram infecção hospitalar nas topografias estudadas, 5 do sexo feminino e 4 masculino. A idade variou de 57 anos a 85 anos com média de 71 anos. O número de diagnóstico por paciente variou de 7 a 18 com média de 9,7. O período de internação variou de 8 a 50 dias com média de 28,3 dias por paciente. Com relação a infecção hospitalar por topografia obtivemos 15 casos (7,6%) sendo 8 do aparelho respiratório (sem ventilação mecânica), 5 do trato urinário, dos quais 2 estão relacionados ao

uso sonda vesical de demora e 2 casos de infecção da corrente sanguínea sendo septicemia relacionada ao uso de cateter venoso central.

Em 2002 dos 173 pacientes, 5 (2,8%) apresentaram infecção hospitalar nas topografias estudadas, 3 do sexo feminino e 2 masculino. A idade variou de 49 anos a 87 anos com média de 69 anos. O número de diagnóstico por paciente variou de 5 a 13 com média de 6,2. O período de internação variou de 20 a 84 dias com média de 43 dias por paciente. Com relação a infecção hospitalar por topografia obtivemos 7 casos (4%) sendo 4 do aparelho respiratório, 3 relacionados ao uso de ventilação mecânica, 2 do trato urinário relacionado ao uso sonda vesical de demora e 1 caso de infecção da corrente sanguínea sendo septicemia relacionada ao uso de cateter venoso central.

Em 2003 dos 196 pacientes, 5 (2,5%) apresentaram infecção hospitalar nas topografias estudadas, 3 do sexo feminino e 2 masculino. A idade variou de 49 anos a 75 anos com média de 66,2 anos. O número de diagnóstico por paciente variou de 4 a 9 com média de 7,2. O período de internação variou de 33 a 131 dias com média de 54,9 dias por paciente. Com relação a infecção hospitalar por topografia obtivemos 10 casos (5,1%) sendo 4 do aparelho respiratório, 2 relacionados ao uso de ventilação mecânica, 5 do trato urinário com, 4 casos relacionados ao uso sonda vesical de demora e 1 caso de infecção da corrente sanguínea sendo septicemia relacionada ao uso de cateter venoso central.

Em 2004 dos 216 pacientes, 7 (3,2%) apresentaram infecção hospitalar nas topografias estudadas, 1 do sexo feminino e 6 masculino. A idade variou de 27 anos a 76 anos com média de 48,5. O número de diagnóstico por paciente variou de 4 a 19, com média de 11,8. O período de internação variou de 20 a 160 dias com média de 64 dias por paciente. Com relação a infecção hospitalar por topografia obtivemos 9 casos (4,1%) sendo 4 do aparelho respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica, 3 do trato urinário com, 2

casos relacionado ao uso sonda vesical de demora e 3 casos de infecções da corrente sangüínea, sendo 2 casos de septicemia (sem uso de cateter venoso central) e 1 bacteremia.

Em 2005 dos 193 pacientes, 6 (3,1%) apresentaram infecção hospitalar nas topografias estudadas, 4 do sexo feminino e 2 masculino. A idade variou de 34 anos a 83 anos com média de 61,6 anos. O número de diagnóstico por paciente variou de 7 a 12 com média de 9,8. O período de internação houve variação de 17 a 56 dias com média de 34,3 dias por paciente. Com relação a infecção hospitalar por topografia obtivemos 11 casos (5,7%) sendo 5 do aparelho respiratório em que 4 estão relacionados ao uso de ventilação mecânica, 2 do trato urinário relacionados ao uso sonda vesical de demora e 4 casos de infecção da corrente sangüínea sendo 3 casos de septicemia, 2 relacionados ao uso de cateter venoso central e 1 caso de fungemia.

Cabe destacar nessa análise os procedimentos invasivos, a idade e a gravidade dos pacientes uma vez que são fatores relacionados à infecção hospitalar. Para Fernandes (2000) a intubação endotraqueal, aspiração de vias aéreas, sonda nasogástrica, ventilação mecânica prolongada são fatores desencadeadores de pneumonia hospitalar. Rodrigues (1997) refere que os cuidados em unidade de terapia intensiva e as mãos dos profissionais de saúde estão associados a infecção hospitalar, sendo que o risco aumenta a cada procedimento invasivo a que o paciente se submete (BERGOGNE – BEREZIN, 1995; DASCHNER, 1982).

A característica demográfica relativa a idade de pacientes internados é entendida como risco para adquirir infecção em ambiente hospitalar pela suscetibilidade decorrente das alterações fisiológicas do envelhecimento e declínio de resposta imunológica (VILAS BOAS; RUIZ, 2004).

Segundo análise dos dados dos pacientes que desenvolveram infecção hospitalar, no período estudado a média das idades foi superior a 60 anos. Dos pacientes que apresentaram infecção do aparelho respiratório-pneumonia mais de 60% eram idosos.

Os idosos freqüentemente necessitam de internação hospitalar para cuidados de suas condições clínicas. Porém, a infecção adquirida em ambiente hospitalar assume grande importância nesse grupo etário devido à alta taxa de letalidade. O indivíduo idoso está mais suscetível a adquirir infecção hospitalar devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos. (WERNER; KUNTSCHKE, 2000).

Na literatura encontramos que entre os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, a ITU responde por 25% de todas as formas de infecção e acredita-se que nesta faixa etária a bacteriúria assintomática acometa 20 % das mulheres e 10% dos homens (FEIER et al., 1991).

Vilas Boas e Ruiz (2004) encontraram na população idosa, de um hospital universitário, taxa de infecção hospitalar de 23,6% e, as topografias prevalentes foram infecção respiratória (27,6%), urinária (26,4%) e sítio cirúrgico (23,4%).

Observamos no Quadro 2 que o número de diagnósticos dos pacientes com infecção hospitalar é elevado variando de 4 a 19. A freqüência das complicações infecciosas hospitalares varia conforme o grau de complexidade da assistência, em geral quanto mais complexo for o hospital, mais graves são os pacientes e com maior probabilidade de complicações infecciosas hospitalares (ZANON, 2001).

Outro fator de risco relevante para o desenvolvimento de infecção hospitalar é o tempo de internação dos pacientes. Segundo a literatura uma infecção hospitalar cresce, em média, 5 a 10 dias ao período de internação.

Os achados referentes aos eventos adversos relacionados a infecção hospitalar merecem importantes reflexões considerando o panorama das internações quanto a faixa etária de 60 anos e mais e o perfil epidemiológico de co-morbidades, o que requer incentivos a cuidados de prevenção priorizando mobilização no leito, aplicação correta de técnicas invasivas, manutenção do padrão nutricional, cabendo destacar o uso de equipamentos de proteção individual por parte da equipe de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após percorrer esse processo de investigação amplia nossa co-responsabilidade para a construção de uma visão contemporânea da administração em saúde, visão essa que considera a importância de se articular dados demográficos e epidemiológicos com a gestão do sistema de saúde, organização hospitalar e gerência de enfermagem. Nesse capítulo tentaremos de forma sucinta articular os principais resultados demográficos e epidemiológicos da pesquisa com análises da gestão em saúde e gerência de cuidados de enfermagem.

O estudo demográfico das internações na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP realizado no período de 1999 a 2005 revelou um perfil de pacientes com as seguintes características: 16,5% eram de adultos jovens (12 a 29 anos), 13,8% de adultos de meia-idade (30 a 59 anos) e, 41,5%; de adultos idosos (60 anos e mais); predominou o sexo feminino com média, no período, de 51%; 55,8% eram solteiros, separados ou viúvos; a raça branca, em média, predominou em 76,5% das internações e o grau de instrução em nível de primeiro grau, em média, 76,4%.

Em relação ao perfil epidemiológico, as doenças mais frequentes encontradas nas internações estudadas foram aquelas do aparelho circulatório e respiratório com médias, no período, de 38,3%, cabendo destacar que, em média, 77,6% do total de internações retratam co-morbidades com associação de 2 a 7 diagnósticos médicos.

Esse recorte global dos resultados expõe os desafios técnicos do SUS quanto ao desenvolvimento de mecanismos para o aperfeiçoamento da sua gestão, requerendo ampliação do escopo da saúde pública para uma atuação de promoção e atenção integral à saúde que intensifique o monitoramento de usuários e populações com risco de adoecer,

possibilitando-lhes estratégias de adesão a cuidados de saúde, acompanhamento da frequência às consultas médicas e de enfermagem, realização de *screenings*, bem como a oferta de outras ações que levem a aquisição positiva de patamares físico, mental, emocional, cultural e ambiental satisfatórios, conduzindo a uma boa qualidade de vida (AYRES, 2002).

Referenciamos que um modelo de atenção básica resolutivo que leve em conta a abordagem anteriormente delineada pode contribuir para a diminuição das taxas de morbidade por doenças crônicas não transmissíveis e reduzir a incidência de processos de agudização naquelas pessoas já acometidas, o que evitaria internações e reinternações hospitalares. O propósito aqui colocado está em sintonia com um enfoque mais globalizante da vigilância epidemiológica cuja responsabilidade está na definição de perfis de saúde-doença em grupos populacionais, para auxiliar no processo de gestão do SUS (BARRETO, 2002).

A faixa etária constitui-se em outra variável com forte influência na gestão do SUS. O envelhecimento produz impacto direto nos serviços de saúde, uma vez que o estado de redução da reserva dos diversos sistemas fisiológicos, resultante do efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas e abusos (tabagismo e alcoolismo) e desuso (sedentarismo), aumenta a susceptibilidade às doenças decorrentes de declínio da capacidade vital pulmonar e do fluxo sanguíneo (CHAIMOWICZ, 1997).

Nessa situação de fragilidade vital, a população idosa requer oferta diferenciada de serviços de saúde a fim de evitar que eventos simples como uma influenza (gripe) possam desencadear outros agravos como pneumonias, descompensação cardíaca, insuficiência renal, entre outras. O adequado enfrentamento das demandas pelo envelhecimento significa reconhecer a projeção da Organização Mundial da Saúde de que até 2005 o Brasil será o sexto país em número de idosos, portanto faz-se urgente uma avaliação do acesso, da oferta e da utilização de serviços de atenção básica à saúde por idosos (PICCINI, 2006).

Essa análise sinaliza para a importância da implementação da Política Nacional de Atenção Básica como diretriz de Gestão do SUS (BRASIL, 2006a) que poderá impactar no perfil demográfico e epidemiológico das internações em urgências clínicas, na medida que os serviços de atenção básica implementem programas e atividades que priorizem as necessidades de saúde mais frequentes na comunidade local, considerando sua responsabilidade com um atenção resolutive.

Em âmbito da gestão hospitalar os perfis demográficos e epidemiológicos encontrados no estudo, principalmente no que tange à idade e diagnósticos associados, conduziram a uma reorganização dos espaços físicos e tecnológicos hospitalares para dar conta de internações de maior complexidade clínica e de cuidados de saúde, o que requereu ampliação da estrutura física e investimentos em leitos de semi-intensivo e terapia intensiva.

Considerações semelhantes são realizadas por Iucif Junior e Rocha (2004) ao estudarem a distribuição das hospitalizações na região de Ribeirão Preto-SP. Os autores demonstram que os grupos diagnósticos mais frequentes foram as doenças respiratórias entre elas a influenza e pneumonia e as doenças isquêmicas do coração totalizando 50% dos casos. Comparam os pacientes da rede pública com aqueles da rede privada e destacam a seletividade negativa dos atendimentos no SUS, situando-os como casos de maior complexidade, mais onerosos e de menor resolutividade, variáveis consideradas desafiadoras para a gestão.

Para Neto e Malik (2007) as complicações crônico-degenerativas associadas à variável de idade mais avançada requerem internações mais prolongadas e de mais recursos tecnológicos, produzem custos elevados que colocam o gestor hospitalar diante de variados dilemas tendo em vista a sustentação do modelo de prestação de serviços hospitalares.

Ainda os resultados demográficos e epidemiológicos evidenciados no estudo criam a realidade necessária para a estruturação da gerência de cuidados de enfermagem de uma unidade de urgência circunscrita à especialidade de clínica médica. Segundo Ferraz (1998) inspirada em Ayres (1994), o gerenciamento do cuidado hospitalar comporta uma dimensão clínica estruturada em dois conceitos, um integrador e outro estratégico. O conceito integrador agrega uma dimensão de cuidado que se faz prioritária para aquele momento crítico de atendimento tornando-se procurador do conceito estratégico que envolve as demais dimensões do cuidado integral.

Assim podemos dizer que pacientes em processos de agudização de doenças crônicas, com múltiplos diagnósticos médicos associados, com faixa etária avançada quase sempre são hospitalizados em situação crítica de saúde. Nosso estudo acompanhou as internações quanto aos eventos adversos relativos à infecção hospitalar evidenciando que a pneumonia é ocorrência mais freqüente ao longo do período. As infecções da corrente sanguínea nos dois últimos anos apresentam elevação significativa, qual seja, de 8,3% em 2003, para 36,4% em 2005; e as infecções urinárias que têm uma trajetória de alternâncias de ocorrências atingindo valores máximos de 41,6% em 2003 e declinando para 18,2% em 2005. Essas complicações hospitalares intensificam o risco de morte hospitalar.

Diante da complexidade retratada nas internações estudadas, o enfermeiro gerente de cuidados prioriza sua atuação para atender a dimensão clínica biológica a qual direcionará as intervenções objetivas da equipe de enfermagem, as rotinas de trabalho e os recursos materiais e tecnológicos necessários.

O cuidado biológico é o que dá acesso à pessoa hospitalizada ao mesmo tempo que incorpora os vários elementos do eixo estratégico os quais sustentam-se nas dimensões psico-emocional, mental, social, relacional e espiritual, atuando na composição do cuidado integral

(FERRAZ, 1998). O enfermeiro gerente de cuidados, após atender as necessidades que colocam em risco a vida do paciente, amplia a sua clínica articulando as intervenções objetivas e subjetivas, na perspectiva de acolher as demandas do ser na condição de pessoa internada, buscando identificar na sua prática gerencial as contradições presentes nas rotinas de trabalho instituídas, para então, flexibilizar sua atuação clínica gerencial possibilitando o acolhimento das necessidades integrais da pessoa.

Essa abordagem da gerência de cuidado de enfermagem é complexa, todavia a contemporaneidade do cuidado a pacientes com os perfis demográficos e epidemiológicos demarcados pelo nosso estudo requer investimentos clínicos e gerenciais para criarmos a possibilidade de acolhermos a pessoa internada em risco de vida sem cometermos reducionismos. Para a pessoa com agravos crônicos, o tempo de doença é permanente, o prognóstico é incerto, o estilo de vida sofre total modificação, os gastos financeiros são contínuos, a dependência de familiares é progressiva, a necessidade de cuidados e de recursos tecnológicos é contínua, o isolamento social está presente com dificuldades para a readaptação social e o aspecto espiritual torna-se fundamental (FREITAS; MENDES, 1999).

Esse conjunto de necessidades humanas torna a prática gerencial do enfermeiro plural e ao mesmo tempo ordenada por estar centrada na pessoa e em um processo de trabalho orientado por um modelo de clínica ampliada, contudo reconhecemos que essa abordagem que visa a qualidade da atenção hospitalar necessariamente terá que explorar as contradições do cotidiano institucional.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L., SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v.33, p.50-53, 1991.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p.335-336, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar**: Caderno B Principais Síndromes Infecciosas Hospitalares, 2000.

ANDRADE, D.; LEOPODO, V.C.; HAAS, V.J. . Ocorrência de Bactérias multiresistentes em um Centro de Terapia Intensiva do Hospital Brasileiro de Emergências. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, p. 27-33, 2006.

ANTUNES, V.L. **O Gerenciamento da qualidade na enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, Ribeirão Preto, 1997.

AYRES, J.R.C.M. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. **Rev. Saúde em Debate**, n.2, p.54-58, 1998.

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.5, supl.1, p.28-42, 2002.

BARRETO, M.L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.5, supl.1,2002.

BERGOGNE – BEREZIN, E. Nosocomial infections: new agents, incidence, prevention. **Presse Med**, v.24, n.2, p.89-97, 1995.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução N.º 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretriz e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares**. Diário Oficial da União. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário da União, Brasília, DF, fev. 2006a, seção 1. Disponível em <http://www.conasems.org.br/intraconasems/arquivo/legislação/D01_2006_02_23pdf>. Acessado em 3 de out. 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

CAMACHO J.L.T. **Qualidade total para os serviços de saúde**. São Paulo: Nobel, 1998.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.2, pág. 184-200,1997.

DASCHNER, F. D.; FREY, P. e col. Nosocomial infections in intensive care wards: a multiple center prospective study. **Intensive Care Med.**, v.8, n.5, 1982.

DONABEDIAN, A. Evaluacion de la Calidad de la Atencion Medica. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, p.166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, v.260, p.1743-1748, 1988.

FEIER, C.A.; BARBOSA G.L.; FUENTEFRIA, S.R.; COSTA, J.S.; DALMAGRO, A. Resistência bacteriana em infecções urinárias hospitalares e comunitárias. **Rev Med Hosp São Vicente de Paula**; v.3, n.7, p. 29-32, 1991.

FERNANDES A.T (ed). **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRAZ, C.A. Qualidade em saúde na área hospitalar (**datilografado**), 1994.

FERRAZ, C.A. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. p.159-165, 1998.

FERRAZ, C.A. **Ensaio sobre a reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos e gestão**. Livre-docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2002.

FERREIRA, J.B.B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2007.

FREIRE, I. L. S.; FARIAS, G. M.; RAMOS, C. S. Prevenindo pneumonia nosocomial: cuidados da equipe de saúde ao paciente em ventilação mecânica invasiva. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 377 - 397, 2006.

FREITAS, M.C., MENDES, M.M.R. Condição crônica de saúde e o cuidado de enfermagem. **Rev. Latino Am. de enfermagem**,. Ribeirão Preto, v.7, n.5, p. 127-135, 1999.

GOLDBAUM, M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: **Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia** (R. B. Barata, M. L. Barreto, N. Almeida Filho & R. P. Veras, org.), pp. 63-80, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 1997.

GOMES, L.F.R. **Infecção Hospitalar: estudo de caso em um hospital universitário de Manaus, no período de 1997 a 2002**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Amazonas 2004.

GURGEL JÚNIOR, G.D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.325-334, 2002.

HEARST N.; GRADY, D.; BARRON, H.V.; KERLIKOWSKA, K. Pesquisas com dados existentes: análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. **Delineando a Pesquisa Clínica, Uma Abordagem Epidemiológica**. 2a. Ed., Porto Alegre: ArtMed, 2003.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Dados sobre População do Brasil**, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2002. <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Tábua da Vida** 2005. <http://www.ibge.gov.br>.

ISHITANI, L.H.; et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.4, p.684-91, 2006.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total: à maneira japonesa**. Rio de Janeiro, 1993.

IUCIF JUNIOR, N.; ROCHA, J.S.Y. Estudo da desigualdade na mortalidade hospitalar pelo índice de comorbidade de Charlson. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n. 6, p. 780-6, 2004.

JURAN, J.M. **Planejando para a Qualidade**. São Paulo: Livrara Pioneira, 1988.

LACERDA, R.A. et al. Infecções hospitalares no Brasil. Ações governamentais para o seu controle enquanto expressões de políticas sociais na área da saúde, **Rev. Escola de Enf. USP**, v.30, n.1, p.93-115, 1996.

LAURENTI, R. **Causas múltiplas de morte**. Tese de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 1973.

LEBRAO, M. L. Determinantes da morbidade hospitalar em região de Estado de São Paulo. **Rev de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 55-63, 1999.

LEBRAO, M.L; LAURENTI, R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p. 127-141, 2005.

LOPES, S.L.B. **A implementação do sistema de atendimento móvel de urgência com regulação médica e o impacto sobre o perfil de gravidade das urgências não traumáticas tratadas no hospital universitário**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

LOYOLA FILHO, A.I., et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.4, p.229 – 238, 2004.

MACHADO, G.P.M. Aspectos epidemiológicos das infecções hospitalares. In: MARTINS, M.A. **Manual de Infecção Hospitalar Epidemiologia, Prevenção e Controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

MALIK, A.M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista da Administração de Empresas São Paulo**, v.32, p.32-41, 1992.

MALIK A.M.; SCHIESARI L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. In Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Ed. Fundação Petrópolis, 1998.

MALTA, D.C., et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.1, p. 47-65, 2006.

MANGINI,C.; MANRIQUE, A.E.I. Infecção do Trato Urinário Hospitalar: Foco em Prevenção. **Prática Hospitalar**, v.2 n.12, 2000.

MARTINS, M.A. **Manual de infecções hospitalares: prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1993.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Washinton: OPS/ILPES, 1987.

MEDEIROS, E.A.S (coord.). Prevenção da infecção hospitalar: projeto diretrizes. **Sociedade brasileira de infectologia**, 2001.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Princípios Básicos, 1995.

MIRANDA, R.L. **Qualidade total: rompendo as barreiras entre a teoria e a prática**. São Paulo: Makron Books do Brasil. Editora Ltda, 1994.

MIRSHAWKA, V. **Hospital – fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MONTEIRO, M.F.G. Transição Demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP (Org.). **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: fiocruz; p.189-204, 1997.

NETO GV, MALIK AM. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**,; v.12 , n.4, p.1-13, 2007.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NORONHA, J.C. **Utilização de Indicadores de Resultados para a Avaliação da Qualidade em Hospitais de Agudos: Mortalidade Hospitalar após Cirurgia e Revascularização do Miocárdio em Hospitais Brasileiros**. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

NOVAES, H.M.D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa **Cadernos de Saúde Pública**, vol.12, supl.2, 1996.

PEDROSA, T.M.G; COUTO, R.C. Infecção relacionada aos dispositivos intravasculares. In: AMARAL, C.F.S. et al. **Infecção Hospitalar**, Belo Horizonte: Medsi, 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PICCINI, R.X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.11, n.3, p.657-667, 2006.

QUINTO NETO A. **A busca da qualidade nas organizações de saúde**. Porto Alegre: Editora Dacasa, 2000.

REIS, M.M. **Um modelo para o ensino de controle estatístico da qualidade**. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

RODRIGUES, E.A.C. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997.

SANTOS, J. S. Da Fundação do Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção Hospitalar às Urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.35, p. 403-418, 2002.

SANTOS, J.S et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, n.36, p.498-515, 2003.

SCHAFFNER, W. Prevenção e controle de infecções hospitalares. In: BENNET, J.C.; PLUM, F. **Tratado de medicina interna**, p.1710-1716, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

SCHIESARI, L.M.C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **RAS**, v.5,n.18, p.1-17,2003.

SILVA, L.M.V; FORMIGLI V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, 1994.

SILVA M.F.I. **Levantamento histórico organizacional da comissão de controle de infecção hospitalar do HCRP/USP**. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP, 1999.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, F.J.U.R e MACHADO, M.H. **Planejamento Criativo. Novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

TURRINI, R.N.T. Infecção Hospitalar e Mortalidade. **REV. Escola Enfermagem USP**; v. 36, n. 2, p.177-83, 2002.

UNIDADE, de emergência. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto 49 anos. **Revista do Hospital**. Edição especial, 2005.

UNIDADE de emergência. **Revista do Hospital**. Edição especial, p. 89-104, maio de 2005.
VILLAS BOAS, P. J. F.; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, vol.38 n.3, p.372-378, 2004.

YAMARCHI, N.I.; MUNHOZ, C.H.F. Conceitos básicos para um gerenciamento de enfermagem baseado na filosofia da qualidade total. **Revista Bras. de Enfermagem**. Brasília, v.47, n.1, p. 50-56, 1994.

YAMAUSHI, N.I.; MUNHÓZ, C.H.F.; FERREIRA, A.M.T.G.B. Procedimentos invasivos. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. Cap. 52.

WERNER, H; KUNTSCHKE, J. Infection in the elderly: what is different? **Z Gerontol Geriatr**; v. 33, p.350-8, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world report 2000. **Health systems: improving performance**. Geneva: WHO; 2000.

ZANON U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão de indicadores de qualidade**. São Paulo: Medsi, 2001.

ANEXO A



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br




Ribeirão Preto, 27 de setembro de 2006

Ofício nº 2730/2006
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“ESTUDO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 234ª Reunião Ordinária realizada em 25/09/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 10035/2006.

Atenciosamente.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FERNANDA DE PAULA ROSSINI
PROFª. DRª. CLARICE APARECIDA FERRAZ (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

