

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES
READMITIDOS EM UM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA**

RANGEL BÍSCARO VALERA

**SÃO PAULO
2005**

RANGEL BÍSCARO VALERA

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES READMITIDOS EM
UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
Da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo,
para obtenção de Título de Mestre.**

**Orientadora:
Profª Drª Ruth Natália Teresa Turrini**

**SÃO PAULO
2005**

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família: minha mãe Tracy, que é a mulher mais fantástica que eu já conheci; meu pai Antônio Sediney — in memoriam —, meu irmão Wagner e minha irmã Silvia que ajudaram em meu desenvolvimento, e minha esposa Gislaine por ter tido paciência durante minhas ausências. Por sempre acreditarem nos meus sonhos e terem me dado a oportunidade para estudar e me tornar uma pessoa melhor. Obrigado por terem agüentado durante os tempos mais difíceis e terem sempre acreditado em meu potencial. Ainda tenho um caminho longo a percorrer e tenho certeza de que vocês sempre continuarão me apoiando. Amo vocês!!!

Agradecimentos

Agradeço de coração a todas as pessoas que colaboraram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

Às minhas amigas, Simone e Camila, que contribuíram na visualização dos primeiros passos deste trabalho e permitiram que eu levasse a idéia adiante.

Às Professoras Miako e Kazuko, que me acolheram desde o início de minha procura por idéias.

Às Enfermeiras da Educação Continuada, Elisa e Ivone, que sempre se mostraram prestativas e me apoiaram nos momentos de dúvida.

Aos auxiliares administrativos do Serviço de Emergência: Wellington, Marcio, Veroneide, Fabrizio, Mara Cíntia, Denis, Fernando, Elaine, Ilda, Leonor, Ricardo, Simone, Jean, Carlo, Débora, Telma, Vanessa, Thaís e, em especial, à Lurdes, por sempre terem tido paciência e bom humor durante minha coleta de dados.

A todos os Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem do Serviço de Emergência, em especial, ao Enfermeiro James, pela sua amizade e pela grande contribuição durante o trabalho.

Aos meus colegas de trabalho: Cibele, Elide, Fernando, Sônia, Sueli, Nilton, Rúbia, Márcia e Audry, pela compreensão e colaboração durante o trabalho.

À bibliotecária Rita, pela grande ajuda e paciência durante minha revisão bibliográfica.

Agradeço, em especial, à Professora Ruth, pelo acolhimento desde o início, pela paciência e dedicação durante nossas reuniões, pela extrema dedicação na busca de uma pesquisa mais interessante possível, pela grande ajuda nos momentos de indecisão e pelo ótimo humor durante o trabalho. Obrigado!!!!!!

Resumo

Valera RB. Caracterização dos pacientes readmitidos em um Serviço de Emergência. São Paulo, 2005 147p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A grande procura pelo Serviço de Emergência e a conseqüente permanência dos pacientes em repetidas admissões representam entraves para os enfermeiros, os quais são responsáveis pelo gerenciamento desses serviços. **Objetivos:** Caracterizar o perfil dos pacientes readmitidos em um Serviço de Emergência de um hospital filantrópico; identificar o perfil sócio-demográfico e de morbidade dos pacientes readmitidos; caracterizar a utilização do Serviço de Emergência e identificar os fatores relacionados às readmissões. **Casuística e Método:** estudo transversal, descritivo e exploratório realizado em um Serviço de Emergência de um hospital filantrópico de ensino, de atenção terciária, na cidade de São Paulo. A amostra foi composta por pacientes maiores de 14 anos considerados internados no Serviço de Emergência, com mais de uma admissão, nos seis meses anteriores ao dia da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento estruturado com questões abertas e fechadas, e as informações foram obtidas do prontuário do paciente e por entrevista direta ao paciente ou familiares, durante todo o mês de maio de 2004. **Resultados:** a incidência de readmissões foi de 23,3%. Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (61,9%), idade de 40 a 90 anos (85,9%), baixa escolaridade (57,8%) e 46,7% pertenciam à área de regionalização do SUS para o serviço estudado. Quase a totalidade (92,8%) não era cadastrada no PSF, sendo que grande parte (45,4%) referiu desconhecer o programa. As principais hipóteses diagnósticas foram as doenças do aparelho circulatório (33,7%) seguidas pelas neoplasias (24,1%). A maioria dos pacientes (57,6%) foi readmitido com o mesmo diagnóstico e 23,9% devido a complicações. Na visão dos entrevistados, como fatores desencadeantes da readmissão, 40,9% referiram causas potencialmente evitáveis. A maioria dos entrevistados referiu que seu problema não foi resolvido na internação anterior, sendo o principal motivo a continuidade dos sintomas. **Conclusões:** A incidência de readmissões foi elevada, podendo ter sido ocasionada por evolução da doença crônico-degenerativa, idade avançada, baixo seguimento das orientações recebidas, complicações pós-operatórias, necessidade de cuidado domiciliar e não resolução do problema na admissão anterior.

Palavras Chaves: Readmissão do Paciente. Serviço Hospitalar de Emergência. Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde.

Abstract

Valera RB. Characterization of the readmitted patients on Emergency Department. São Paulo, Brazil, 2005, 147p. Dissertation (Master) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

The great need for the Emergency Department and the resultant length of stay of the patients in repeated admissions become a hard situation for nurses, who are responsible for the administration on this units. **Objectives:** characterize the readmitted patients at the Emergency Department in a philanthropic hospital; identify the social-demographic and morbidity profile of the readmitted patients; characterize the use of the Emergency Department; identify factors associated with readmissions. **Methods:** transversal, descriptive and exploratory study, at the Emergency Department on a tertiary health service of a philanthropic teaching hospital in São Paulo city, the sample was made by patients over fourteen years old that became inpatient at the Emergency Department, with over than one admission until six months before the data collection day. It was used an instrument with opened and closed questions for the data collection. Data were obtained from patient records and by interview to the patient or responsible, during May 2004. **Results:** the readmission incidence was 23,3%. The patients were predominantly males (61,9%), age 40 to 90 years old (85,9%), low level education (57,8%); 46,7% lived at areas regarding the regionalization of the health service. Almost of all (92,8%) wasn't registered at Family Health Program, and a high proportion of patients (45,4%) were unaware of this program. The main diagnosis were circulatory disease (33,7%) followed by cancer (24,1%). Most of patients (57,6%) was readmitted with the same diagnosis and 23,9% due to complications. On the perception of 40,9% of the patients, the related factors to readmissions were classified as potentially avoidable causes. **Conclusions:** The readmission incidence was raised, it was can be caused by problems in adherence to treatment, gravity of chronic disease, not enough orientation, or by complications.

Key Words: Patient Readmissions. Emergency Service, Hospital. Health Services Needs and Demand.

Lista de Abreviaturas

- **IBGE**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- **SUS**: Sistema Único de Saúde;
- **MS**: Ministério da Saúde;
- **PSF**: Programa Saúde da Família;
- **SMS**: Secretaria Municipal de Saúde;
- **DPOC**: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- **CFM**: Conselho Federal de Medicina;
- **SE**: Serviço de Emergência;
- **UBS**: Unidade Básica de Saúde;
- **CC**: Centro Cirúrgico;
- **UTI**: Unidade de Terapia Intensiva;
- **ICC**: Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- **EUA**: Estados Unidos da América;
- **IECA**: Inibidores da enzima conversora da Angiotensina;
- **PS**: Pronto Socorro;
- **HSPM**: Hospital do Servidor Público Municipal;
- **HG**: Hospital Geral;
- **DC**: Departamento de Cirurgia;
- **DM**: Departamento de Medicina;
- **PSI**: Pronto Socorro do 1º andar;
- **CEP**: Código de Endereçamento Postal;
- **UOT**: Unidade de Ortopedia e Traumatologia;
- **CID**: Classificação Internacional de Doenças;
- **NSLE**: Não sabe ler e escrever
- **SLSE**: Sabe ler e escrever, porém sem escolaridade;
- **EFI**: Ensino Fundamental Incompleto;
- **EFC**: Ensino Fundamental Completo;
- **EMI**: Ensino Médio Incompleto;
- **EMC**: Ensino Médio Completo;
- **ESI**: Ensino Superior Incompleto;
- **ESC**: Ensino Superior Completo;
- **DX**: Diagnóstico;
- **MMII**: Membros Inferiores

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição de pacientes readmitidos no Serviço de Emergência e incidência de readmissões, segundo o número de readmissões por mês, no segundo semestre de 2003. São Paulo, 2003.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o número de admissões até seis meses anteriores à coleta de dados, incluindo a admissão atual. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 3. Distribuição do número de pacientes admitidos no Serviço de Emergência por mês. São Paulo, 2003.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo sexo e idade. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 5. Distribuição de pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a Coordenadoria de Saúde do local de residência. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 6. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo tipo de informante entrevistado. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 7. Caracterização dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo com quem residem atualmente. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 8. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo Escolaridade. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 9. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a Fonte de Renda. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 10. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo Escolaridade e Fonte de Renda. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 11. Distribuição dos motivos referidos pelos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência sobre a escolha do Serviço. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 12. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência por encaminhamento de outros Serviços de Saúde, segundo a localização (dos Serviços) na Coordenadoria de Saúde. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 13. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência segundo avaliação da qualidade do Serviço, São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 14. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o motivo de não estarem cadastrados no PSF. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 15. Distribuição dos entrevistados, segundo a avaliação da qualidade da UBS de seu bairro. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 16. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o Tempo de Permanência nas instalações do Serviço de Emergência (em dias). São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 17. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o destino após sua permanência no Serviço de Emergência. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 18. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a Unidade de Internação após sua permanência no Serviço de Emergência. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 19. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência segundo o Tempo de Permanência no Hospital (Serviço de Emergência + Unidade de Internação) em todas as readmissões no período de seis meses, São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 20. Distribuição do tempo de permanência do paciente readmitido no Serviço de Emergência na residência (procedência) entre as altas hospitalares das internações anteriores e as admissões. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 21. Distribuição das afecções de base dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, classificadas pelo CID-10. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 22. Distribuição das hipóteses diagnósticas relatadas nos prontuários dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência em todas as readmissões. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 23. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a relação da hipótese diagnóstica principal da admissão atual e com a anterior. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 24. Distribuição das queixas dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência na admissão atual e na anterior (re-admissão 1). São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 25. Distribuição dos possíveis fatores que desencadearam o problema de saúde atual relatados pelos entrevistados. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 26. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo quem realizou a orientação nas admissões anteriores. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 27. Distribuição dos tipos de orientação recebida na admissão anterior à atual. São Paulo, Maio de 2004:

Tabela 28. Distribuição dos entrevistados, segundo a compreensão e o seguimento das orientações prestadas pela equipe multiprofissional. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 29. Distribuição dos pacientes readmitidos, segundo o motivo do não seguimento das orientações recebidas. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 30. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência quanto ao motivo da não resolução de seu problema de saúde. São Paulo, Maio de 2004.

Tabela 31. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência cuja percepção de resolução do problema foi positiva, segundo o motivo. São Paulo, Maio de 2004.

Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma do atendimento em Serviço de Emergência. São Paulo, 2004.

Figura 2. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo idade e tipo de saída do Serviço de Emergência. São Paulo, Maio de 2004.

Figura 3. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo sexo. São Paulo, Maio de 2004.

Figura 4. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo número de readmissões e escolaridade. São Paulo, Maio de 2004.

Figura 5. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo tipo de saída do Serviço de Emergência e número de readmissões. São Paulo, Maio de 2004.

Figura 6. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência segundo número de afecções de base e número de readmissões. São Paulo, Maio de 2004.

Figura 7. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo número de readmissões e relação entre o diagnóstico atual e o anterior. São Paulo, Maio de 2004.

Figura 8. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o seguimento das orientações e o número de readmissões. São Paulo, Maio de 2004.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Taxa de readmissões em alguns estudos internacionais.

Quadro 2 - Referência e Abrangência Geográfica do Pronto Socorro estudado. São Paulo, 2004

Sumário

Resumo

Abstract

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Quadros

1	Introdução.....	19
1.1	A Realidade Brasileira.....	19
1.2	A Resolutividade dos Serviços de Emergência.....	27
1.2.1	Readmissões nos Serviços de Emergência.....	35
2	Objetivos.....	43
3	Casuística e Método.....	44
3.1	Tipo de Estudo.....	44
3.2	Local de Estudo.....	44
3.3	População.....	47
3.3.1	Amostra.....	47
3.4	Coleta de dados.....	48
3.4.1	Operacionalização da coleta.....	49
3.4.2	Instrumento de coleta de dados.....	50
3.5	Variáveis de Estudo.....	51
3.5.1	Demográficas e Sócio-econômicas.....	51
3.5.2	Utilização do Serviço de Saúde.....	53
3.5.3	Hospitalização.....	54
3.5.4	Morbidade.....	56
3.5.5	Resolutividade do Serviço de Emergência.....	58

3.6	Análise dos Dados.....	60
4	Resultados.....	61
4.4	Características Demográficas e Sócio-econômicas.....	63
4.5	Utilização dos Serviços de Saúde.....	74
4.6	Dados de Hospitalização.....	80
4.7	Dados de Morbidade.....	88
4.8	Resolutividade do Serviço de Emergência.....	97
5	Discussão.....	104
6	Conclusões.....	121
7	Referências Bibliográficas.....	125
8	Anexos.....	139

1- Introdução

1.1 A REALIDADE BRASILEIRA

O Brasil, apesar dos avanços tecnológicos em diferentes áreas, ainda experimenta problemas tanto nos setores da economia e da sociedade, como também nos da educação e saúde. Essa realidade pode ser observada principalmente nas grandes instituições públicas de atendimento à saúde.

Pensar somente nos problemas de saúde enfrentados no momento seria insuficiente, pois qualquer intervenção necessitaria de abordagens em todas as áreas, como por exemplo, na educação, na habitação, no saneamento

básico, no ambiente de trabalho, entre outras. Entretanto, a saúde resulta de um estado de equilíbrio de fatores sociais e ambientais, e não só dos fatores físicos e psicoemocionais.

Alves (1992) diz que o setor de emergência nos hospitais públicos do Brasil tem-se caracterizado por um aglomerado de pessoas carentes, num local inadequado ao mínimo necessário e tendo à frente uma equipe cansada, desmotivada e, muitas vezes, despreparada.

Na região metropolitana de São Paulo, essa realidade não é diferente, agravada por um planejamento urbano insuficiente, altos índices de desemprego, elevado contingente de pessoas carentes com pouco ou até mesmo sem acesso à saúde e instituições públicas de saúde com estrutura inadequada para atender uma demanda cada vez maior de pacientes.

Um setor que está em franca ascensão no Brasil é a rede particular de atenção à saúde, caracterizada por um atendimento de maior qualidade, porém de acesso restrito à população pelo elevado custo da assistência prestada. Na pequena fatia da população que usufrui desse sistema prevalece uma clientela que detém o poder econômico, o que se traduz em maiores oportunidades de recursos de atendimento. Nesse sistema, há um investimento constante em qualidade de serviços, tecnologia e pesquisa, a fim de

aumentar cada vez mais sua clientela e se projetar no mercado como centro de excelência diagnóstica e terapêutica.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de pesquisa suplementar, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 1998, estimou-se em 38,7 milhões o número de habitantes brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde (24,5%), sugerindo que a maioria da população brasileira utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE 1998).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o SUS foi responsável por 464.688 internações na Região Metropolitana de São Paulo, em 2002 (MS, 2002). Enfrenta diversas dificuldades relacionadas, principalmente, à deficiência de recursos humanos e materiais, ao número insuficiente de hospitais e a uma crescente demanda de pacientes.

O SUS é definido como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Seus princípios doutrinários são a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização, a resolutividade, a descentralização e a participação da comunidade (Lvalho, 2004).

Lovalho (2004) cita, ainda, que os valores pagos pelo SUS aos prestadores de serviços, nos últimos dez anos, foram aviltantes, com conseqüente degeneração da qualidade do atendimento, das práticas administrativas e das finanças dos prestadores, bem como dos sistemas de planejamento, de gestão, de controle e de avaliação do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Além disso, nota-se que essa deficiência na área da saúde abrange todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário.

O ideal seria a população procurar o nível terciário apenas em casos mais graves, de internações de risco ou para exames complexos, o que não acontece na realidade. Observa-se ainda um desconhecimento da população sobre qual serviço procurar devido à má orientação pelos próprios órgãos de saúde, má divulgação pela mídia ou dificuldades ao acesso aos níveis primários.

Novaes (1990) relata, em seus estudos, que os serviços primários, porta de entrada do sistema, constituem o primeiro contato do cidadão com a atenção médica hospitalar e incluem os serviços gerais de saúde que se oferecem à população. Atendem, prioritariamente às doenças indiferenciadas ou de patologias psicossociais e, por isso, esses serviços devem resolver grande parte das necessidades de saúde das comunidades. O nível secundário envolve serviços especializados, além de especialidades básicas. Os serviços terciários estão aptos a solucionar problemas de maior

complexidade, com a utilização de equipamentos e pessoal especializado.

Os serviços de atenção terciária à saúde, muitas vezes, são hospitais escolas e contam, em alguns casos, com o apoio de fundações para investimento em recursos humanos e tecnologia. Essa condição acaba atraindo clientes que não seguem o fluxo da hierarquização proposta pelo SUS.

Da mesma forma, o acúmulo de doentes em Serviços de Emergência, porta de entrada para o setor terciário, decorre de fatores como a falta de conscientização da população sobre o que é uma emergência, ou seja, o desconhecimento sobre os verdadeiros objetivos e funções dos serviços de urgência, quando se deve buscar o serviço de emergência, a insatisfação da população com a atenção recebida no nível primário, acrescida das dificuldades em se obter um atendimento na rede previdenciária pública (Melo 1990; Rodriguez et al 2001).

Uma melhor administração pública e conscientização da população possibilitariam maior equidade no atendimento entre os níveis citados, com diminuição da demanda de atendimento de problemas de saúde de fácil resolução no setor terciário, e assim uma otimização dos serviços de saúde.

Atualmente, nos serviços públicos de saúde, percebe-se uma elevada demanda de pacientes devido a vários fatores, tais como: a má utilização do SUS pela população, o elevado número de pacientes readmitidos, a própria infra-estrutura insuficiente da Rede Hospitalar, entre outros. Essa situação pode acarretar um serviço com atendimento de menor qualidade e maior insatisfação dos clientes. Em muitos serviços de emergência de hospitais públicos, nota-se que a demanda intensa por leitos hospitalares descaracteriza o Pronto Socorro pela necessidade de formalizar a internação de pacientes que permanecem, por mais de 24 horas, aguardando vaga na unidade de internação.

Uma reformulação no Sistema de Saúde é necessária, em curto espaço de tempo, a fim de redistribuir os atendimentos, segundo o grau de complexidade, respeitando as características dos serviços de atenção primária, secundária e terciária e, desta forma, evitar a sobrecarga desnecessária dos serviços de emergência.

Como proposta para o atendimento à população no nível primário, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o chamado Programa Saúde da Família (PSF), definido como “um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (MS, 1994).

Porém, o Programa Saúde da Família parece incapaz de responder à problemática da inversão do modelo assistencial, a qual exige mudanças muito mais abrangentes do que a capacidade de intervenção das equipes de saúde da família. Para esse propósito ser atingido se exigem radicais transformações estruturais, com o curso e o concurso de outros investimentos e instâncias políticas e gerenciais públicas de bem-estar social, ligadas ao meio ambiente, à economia, à política agrária, à assistência social, educação e lazer. Conill (2002) coloca que as principais limitações para a operacionalização do PSF seriam decorrentes da formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de recursos financeiros e de entendimento por parte dos gestores. Essa situação é semelhante à vivenciada pelo SUS, anterior à implantação dessa estratégia assistencial.

Além da problemática do acesso aos serviços de saúde e da sua infra-estrutura, o Brasil, coincidindo com a realidade mundial, tem deparado com o aumento progressivo da expectativa de vida da população, o que contribui para elevar a demanda de leitos hospitalares para doenças crônico-degenerativas. Estas, segundo Lessa (1998), são caracterizadas por história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos conhecidos; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de

exacerbação; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

Pelos dados da Secretaria Municipal de Saúde, de 1998 (SMS, 1998), com relação à morbidade de demanda atendida em Unidades de Urgência e Emergência da rede municipal, considerando diagnósticos e faixa etária, observou-se, nas faixas etárias de 15 a 49 anos, predomínio de traumatismos e afecções de vias aéreas, sendo que, na última década, constatou-se aumento na demanda de doenças crônicas; já, nas faixas acima de 50 anos, verifica-se maior frequência de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), além de traumatismos.

As condições crônicas de saúde não desencadeariam maiores males se fossem devidamente controladas, o que exige grande esforço dos indivíduos, pois as condições crônicas trazem desafios que devem ser enfrentados. Esses indivíduos podem apresentar episódios agudos, que exigem internação hospitalar e essa fase aguda aconteceria, na maioria das vezes, quando o tratamento e os cuidados necessários são negligenciados (Trentini et al, 1990).

As doenças crônicas, para seu controle, exigem do acometido muito envolvimento com o tratamento para evitar complicações e internações freqüentes. Quando a doença impõe limites ao paciente, o cuidador precisa fazer parte do

planejamento da assistência. Nesse sentido, a equipe de saúde deve investir no planejamento de alta e garantir suporte ao paciente e cuidador para a continuidade da terapêutica instituída. A proposta do PSF poderia suprir essa lacuna no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas.

Silva e Stefanelli (1991), ao comentarem sobre acompanhamento de doenças psiquiátricas, declaram que o planejamento de alta, parte essencial do tratamento do paciente, começa no momento da admissão e compreende os esforços de colaboração do paciente, familiares e profissionais de saúde, com o único objetivo de assegurar que o apoio continue e a assistência se encontre disponível e acessível após alta.

Segundo Marin (1999), o planejamento de alta deve ser visto como um processo em que as necessidades dos pacientes são identificadas e avaliadas e a assistência programada para preparar o paciente e/ou família para mover-se de uma posição passiva e receptora para uma posição ativa e de auto-responsabilidade. O planejamento da alta hospitalar contribui para que a família e o paciente sejam capazes de dar continuidade à assistência para manutenção ou melhoria no estado de saúde. Esse autor cita, ainda, que o preparo do paciente para a alta hospitalar tem sido considerado uma maneira de melhorar o estado de saúde, a satisfação do idoso e, conseqüentemente, diminuir o número de readmissões.

1.2 A RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA:

Os Serviços de Emergência e Pronto Atendimento são a porta de entrada do Sistema, onde podem ser atendidos pacientes que não deveriam aguardar consulta marcada e, até mesmo, atendimento de urgência mais simples como suturas, nebulizações, etc (Paim, 1994).

As finalidades dos Serviços de Emergência são: oferecer atendimento imediato e de bom padrão aos doentes; promover o treinamento do pessoal médico, de enfermagem sobre as técnicas de atendimento; desenvolver a pesquisa; assumir atividades educativas e preventivas na comunidade para que seus membros se tornem aptos a identificar os serviços disponíveis e agir de modo apropriado perante situações de emergência (Lovalho, 2004).

Embora as ações previstas por Lovalho pudessem contribuir para a maior resolutividade dos serviços de emergência e a educação da população para otimizar na utilização dos serviços públicos de saúde, observa-se, na prática, que os serviços de emergência não são capazes de desenvolver todas essas atividades.

Os Serviços de Pronto Atendimento possuem alguns aspectos organizacionais: são geograficamente centralizados; atendem a uma população de referência entre 50 mil e 120 mil habitantes, nos grandes municípios; funcionam ininterruptamente; têm o objetivo de dar assistência às pessoas nas situações de sofrimento; absorvem uma demanda espontânea que excede a capacidade das equipes das unidades de saúde ambulatoriais, oferecendo atendimento rápido com baixa resolubilidade; permitem acesso aos serviços de maior complexidade e tecnologia médica; podem estimular o incremento dos custos operacionais em saúde e, em termos operacionais, são pouco vinculados à rede de serviços de saúde (Brito, 1998).

As alterações demográficas e a ampliação de condições de risco ligadas ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas levam, por sua vez, a um número expressivo de pacientes aos serviços de urgência-emergência com problemas clínicos agudos (Paim 1994). A alta demanda nesses serviços prejudica diretamente sua resolutividade, implicando em uma dificuldade na assistência ao doente, falta de instalações ideais para o atendimento, número insuficiente de profissionais, recursos materiais e equipamentos limitados, entre outros.

Os Serviços de Emergência deveriam ter uma estruturação suficiente para o atendimento de casos mais

graves, caracterizando a essência dos níveis secundários e terciários e contando com a retaguarda dos níveis primários de atenção à saúde, localizados próximos à residência da população e facilitando seu acesso.

A Resolução CFM 1451/95, em seu artigo 1º, diz: “os estabelecimentos de Pronto Socorro Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado”.

A resolutividade dos Serviços de Saúde é uma importante ferramenta para a diminuição das readmissões de pacientes nos hospitais, e também para a manutenção da saúde da população, desde os níveis primários de atenção à saúde até os mais complexos.

Halal (1994) define resolutividade como “a capacidade do serviço de solucionar os problemas que lhe são apresentados”. Gonçalves (1994) também coloca a resolutividade como a proporção dos problemas trazidos ao serviço que podem ser nele elaborados até o nível de produto final.

A referida resolutividade pode ser abordada sob os aspectos quantitativo e qualitativo. No quantitativo, é abordado, a capacidade de absorver o número de assistência solicitada e depende da distribuição de horas dos profissionais que se pode mobilizar para absorver a demanda onde quer que ocorra; no aspecto qualitativo, é considerado, a capacidade de resolver os casos atendidos, solucionar a maior parte dos problemas que são apresentados. A oferta dos serviços de saúde em um nível de atenção qualquer deve satisfazer a demanda quantitativa e qualitativamente (Halal,1994; Siméant,1983, 1984) .

Contudo, Madureira et al. (1989) afirmam que o termo resolutividade traz alguns impasses nas avaliações dos serviços, por não qualificar a demanda aceita e resolvida e aquela encaminhada e não resolvida. Portanto, o volume de encaminhamentos feitos não reflete a qualidade do serviço. Como exemplo, o serviço de saúde que só encaminha 5% de sua demanda, porque não tem condições e recursos humanos capacitados para diagnosticar a necessidade real de encaminhamentos, pode ser considerado um ótimo serviço quando na realidade não é. Da mesma forma, o serviço que encaminha 20% de sua demanda pode ser bom, de acordo com seus recursos, desde que diagnostique essa necessidade de encaminhamentos.

A Resolutividade é discutida sob diferentes enfoques, como por exemplo, os relativos à demanda, à

satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e sócio-econômicos da clientela, entre outros (Turrini, 2001).

Nos Serviços de Emergência públicos, observa-se uma relação entre o aumento da demanda e a qualidade do serviço prestado, gerando menor oferta de vagas/leito nos hospitais, tempo aumentado de espera por atendimento, maior possibilidade de ocorrência de iatrogenias por parte da equipe de saúde, desconforto aos pacientes em observação, maiores gastos por parte da instituição, entre outros.

Veiga (1993) aborda o problema da alta demanda como uma possível causa de iatrogenias em um Serviço de Emergência, atribuindo o fenômeno à taxa de ocupação excessivamente alta, presença de leitos extras, demanda elevada de pacientes instáveis e deficiência de recursos humanos. Considerando a iatrogenia como causa de demanda, Holland et al (2005) identificam que reações medicamentosas adversas são responsáveis por mais de 5% das admissões hospitalares, e que vários fatores, como excesso de medicação, idade e problemas com adesão ao tratamento, contribuem para isso.

O perfil da demanda dos serviços de emergência pode refletir a baixa resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde ao serem procurados, muitas vezes, por clientes para resolução de problemas simples. Yamada et al (2002), Yamada et al (2001), Castro et al (2002) e Castro et al (2000) abordam, em seus estudos de demanda do município de São Paulo, que grande parte da clientela atendida no Pronto Socorro poderia ser absorvida e atendida pela rede de Unidades Básicas de Saúde. Rodriguez et al (2001) também citam que mais de 50% da demanda hospitalar verificada em seu estudo foi gerada por afecções consideradas como “urgências primárias” (as quais poderiam ser resolvidas nos níveis primários).

Especificamente no caso da resolutividade de Serviços de Emergência, nota-se, na experiência, que o principal papel desse serviço é o Suporte à Vida e o alívio dos sinais e sintomas agudos que geraram a urgência de sua procura e a determinação de um diagnóstico (ou hipótese diagnóstica) para nortear o destino do paciente com o objetivo final de controle e/ou resolução de seu problema de saúde (Figura 1). A resolução do problema de saúde depende da gravidade do paciente na chegada ao Serviço de Emergência e a qualidade da terapêutica instituída (eficácia do tratamento, orientação dada pela equipe multiprofissional, compreensão das orientações e adesão à terapêutica pelo paciente). O paciente que permanece em observação e/ou intervenção no

Serviço de Emergência, e não tem seus sintomas aliviados, pode ser internado ou, se for caso cirúrgico, ser encaminhado ao Centro Cirúrgico (ou internação para programação de cirurgia). O paciente cirúrgico, após o procedimento, dependendo de sua gravidade, poderá ser encaminhado à Unidade Intensiva ou simplesmente de internação.

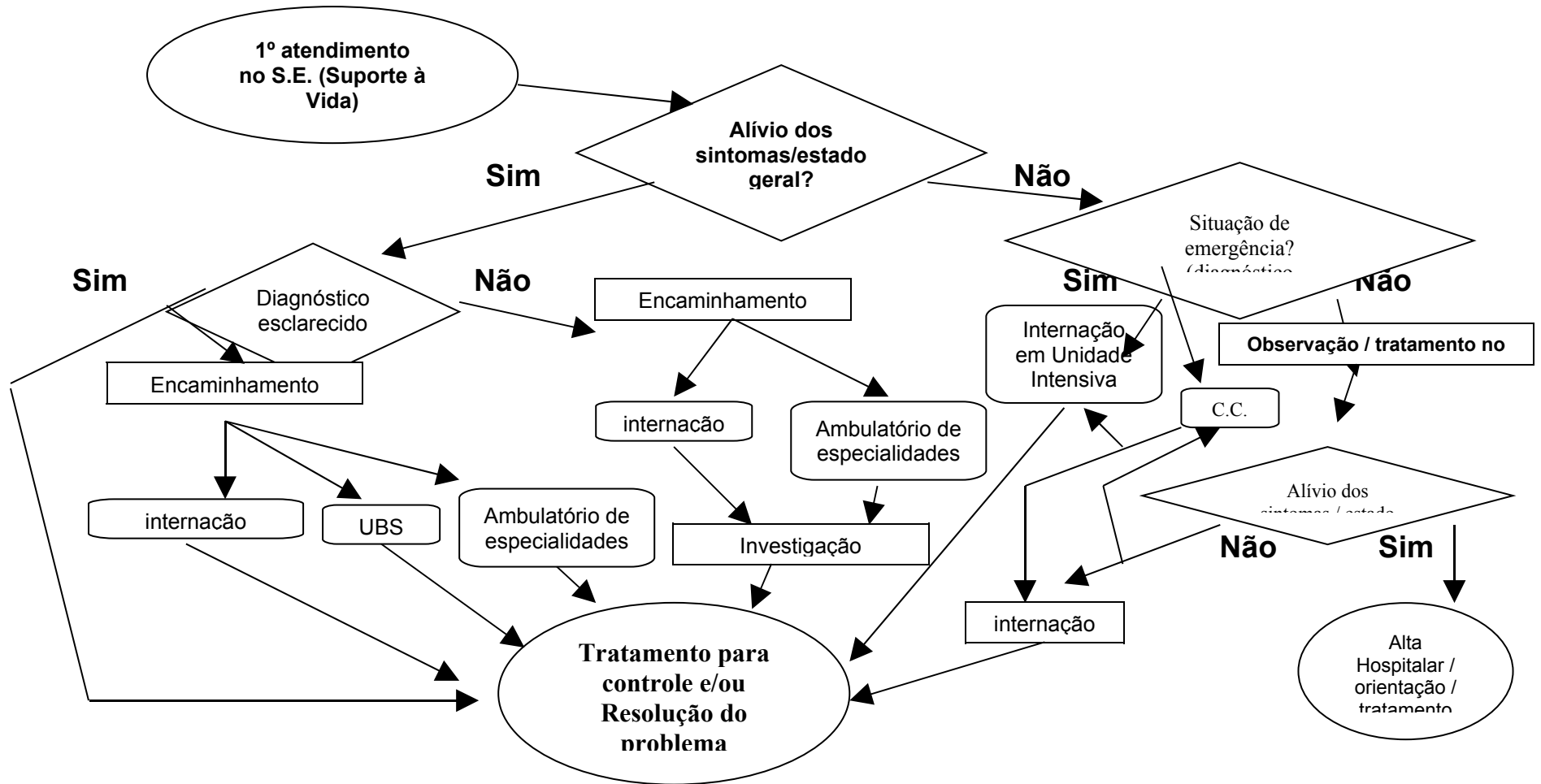


Figura 1 . Fluxograma do atendimento em Serviço de Emergência. São Paulo 2004.

Os Serviços de Saúde devem buscar maior resolutividade nos atendimentos, a fim de diminuir o número de readmissões nas unidades hospitalares. Quando um Serviço de Saúde é resolutivo consegue solucionar ou melhorar a situação de saúde da população, fazendo com que essa mesma população não retorne ao nível terciário para resolução de seu problema.

Um Serviço de Emergência resolutivo pode ser capaz de dinamizar o fluxo de atendimento, se possuir um serviço de triagem com profissionais capacitados e estiver integrado aos serviços de referência e contra-referência para aliviar sua demanda.

1.2.1 READMISSÕES NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA:

Um agravante às dificuldades do serviço terciário em atender a alta demanda é o número crescente de pacientes readmitidos. As readmissões são importantes indicadores dos resultados dos cuidados de saúde porque caracterizam a efetividade desses cuidados observados no período imediato após a alta hospitalar e identificam a extensão no qual pacientes são submetidos aos riscos e custos de repetidas hospitalizações (Lago et al, 1999).

Segundo Marcantonio et al (1999), as readmissões não planejadas até 30 dias após alta hospitalar são consideradas “evento sentinela” por qualidade de cuidado hospitalar pobre, e que pacientes com múltiplas readmissões consomem maiores recursos de cuidado, sendo apropriado o desenvolvimento de ações de intervenção para reduzir as readmissões.

As internações hospitalares geram gastos enormes, tanto para as instituições quanto para o próprio SUS. Weinberger et al (1996) afirmam que as readmissões respondem por mais da metade de todas as hospitalizações e 60% dos custos hospitalares.

Segundo dados da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (2000), calcula-se um gasto médio de R\$ 342,75 por paciente, no período de internação no Estado de São Paulo. Campos e Noronha (2001) sustentam, em seu estudo, que o custo médio de uma hospitalização por asma, paga pelo SUS, foi equivalente a US\$ 215,42 e o tempo médio de permanência de quatro dias; nas hospitalizações que passaram por UTI, o valor médio pago foi de US\$ 813,93 com tempo médio de permanência de sete dias. Esse valor, além de não cobrir as despesas reais das instituições com os pacientes, poderia ser utilizado de outra forma, se voltado para o atendimento primário.

Nos estudos de Villacorta et al (1998), observa-se que a alta taxa de readmissão de 51% em seis meses contribuiu para a elevação dos custos, já que 80% dos gastos totais com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) são conseqüentes a hospitalizações.

Madeira et al (1996), em estudo retrospectivo de crianças readmitidas em Belo Horizonte, para conhecer a razão disso, identificaram que é elevado o número de crianças readmitidas. Chu e Pei (1999), estudando readmissões de pacientes idosos, citam que, nos EUA, o índice de readmissão em seis meses é de 24%, e na Inglaterra de 38%. Alvarenga (2000) coloca que, nos EUA, estima-se que quase 20% dos cidadãos, com idade de 65 anos ou mais, são hospitalizados, a cada ano pelo menos uma vez, 25% são readmitidos no período de 12 meses e que o fenômeno da readmissão de idosos ainda está mal definido e documentado, havendo pouco consenso sobre como as readmissões podem ser evitadas.

Villacorta et al (1998), em estudo com idosos com Insuficiência Cardíaca Congestiva atendidos na Unidade de Emergência, relataram que 51% (25) tiveram pelo menos uma readmissão em seis meses. Citam ainda que outros fatores, além da idade, poderiam contribuir para a elevada taxa de readmissão e de mortalidade, como não adesão ao tratamento, fatores sócio-econômicos, orientação inadequada quanto a medidas higienodietéticas e uso não otimizado dos Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA).

Amaral (1997), analisando a implementação da política de saúde mental para a rede básica de saúde, no Município de Campinas, identificou 24,7% de readmissões num período de até quatro meses após a alta hospitalar, sendo 32,5% pacientes psicóticos e 15,7% alcoolistas ou com outros diagnósticos.

A maioria dos pacientes readmitidos nos Estados Unidos tem como diagnósticos médicos: insuficiência cardíaca congestiva (ICC), condições respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia, bronquite e asma, problemas digestivos como hemorragias digestivas e infecções (Shipton 1996, Lagoe 1999). Goeman et al (2004) relatam, em seu estudo sobre readmissões por asma, altos índices de readmissão, sendo de 44% em quatro semanas após alta hospitalar.

Pacientes idosos com ICC tem risco maior de para readmissão precoce, com índices variando de 29 a 47%, nos três a seis meses da primeira alta hospitalar. Além disso, fatores comportamentais, como não adesão à medicações e dietas prescritas, e fatores sociais, como isolamento social, freqüentemente, contribuem para readmissões precoces, sugerindo que muitas delas poderiam ser prevenidas (Rich et al 1995).

No Quadro 1, apresentam-se alguns dados de taxas de readmissões em serviços de emergência e em hospitais. Nota-se uma variação nos dados obtidos que podem refletir a população estudada e o tipo de serviço. As maiores taxas ocorrem em estudos específicos por afecções ou situações clínicas. Os intervalos entre a alta e a readmissão também são divergentes e os menores períodos são observados em pacientes readmitidos em serviços de emergência.

Quadro 1 – Taxa de readmissões em alguns estudos internacionais.

Autor	Ano	População estudada	Unidade Estudada	Incidência de readmissões	Intervalo alta-readmissão
Luthi JC et al	2004	Adultos com ICC	Hospital Geral	13,2%	Até 30 dias
Jimenez-Puente A et al	2004	Adultos	Hospital Geral	14,2%	Até 180 dias
Moloney ED et al	2004	Adultos e crianças	Hospital Geral	15,2%	Até 1 ano
Goeman DP et al	2004	Adultos com asma	Serviço de Emergência	44,0%	30 dias
Cardin S et al	2003	adultos	Serviço de Emergência	11,7%	Até 7 dias
Riggs JE et al	2003	Adultos em área rural	Serviço de Emergência	5,6%	Até 72 horas
Peres K et al	2002	Idosos	Hospital Geriátrico	16,2%	Até 30 dias
Pearson B et a	2002	Idosos	Hospital Geral	13,2%	Até 90 dias
Friedmann PD et al	2001	Idosos	Serviço de Emergência	12,0%	30 dias
				19,0%	90 dias
Douglas SL et al	2001	Adultos com ventilação mecânica	U.T.I.	38,0%	Até 180 dias
Baer RB et al	2001	Adultos	Serviço de Emergência	3,0%	Até 7 dias
Marcantonio ER et al	1999	Idosos	Hospital Geral	11,0%	Até 30 dias
Villacorta et al	1998	Idosos com ICC	Serviço de Emergência	51,0%	Até 180 dias
Caplan GA et al	1998	Idosos	Serviço de Emergência	17,1%	Até 30 dias
Rich MW et al	1995	Idosos c/ ICC	Hospital Geral	42,1% (controle)*	Até 90 dias
				28,9% (caso)**	
Tierney AJ & Worth A	1995	Idosos	Hospital Geral	27,7%	Até 90 dias

* pacientes com tratamento convencional; ** pacientes que passaram por intervenção para redução das readmissões

Conforme evidenciado no Quadro 1, há uma variedade de estudos sobre o tema, porém com intervalos entre admissões muito diferentes, acompanhados de taxas de readmissões também diversas, dificultando a comparação entre eles.

A grande procura pelo serviço de emergência e a conseqüente permanência dos pacientes em repetidas internações são dificuldades que os enfermeiros, responsáveis pelo gerenciamento desses serviços tem que encarar e superar as situações críticas com relação à qualidade do atendimento.

Portanto, é de grande importância para os profissionais de saúde saberem o que leva esses pacientes à procura pelo serviço de emergência, para que se possa intervir em cada situação específica e evitar, assim, possíveis recidivas da afecção ou descompensação no caso de doenças crônicas e conseqüentes readmissões hospitalares.

Diante disso, sentiu-se a necessidade de caracterizar o perfil da população que retorna ao serviço de emergência e conhecer os motivos da procura desse serviço. Sabe-se que tanto a população como os gestores do Sistema de Saúde e os próprios profissionais de saúde precisam investir na conscientização da importância de uma assistência voltada para a prevenção e a manutenção da homeostase, trazendo menores custos para as instituições e melhor qualidade de atendimento para os pacientes.

2- Objetivos

- **Geral**

- Caracterizar o perfil dos pacientes readmitidos em um Serviço de Emergência de um Hospital Filantrópico.

- **Específicos**

- Identificar o perfil sócio-demográfico e de morbidade dos pacientes readmitidos.
- Caracterizar a utilização do Serviço de Emergência.
- Identificar fatores relacionados às readmissões.

3- Casuística e Método

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo exploratório de campo.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado em um Serviço de Emergência (Pronto Socorro Central) de um hospital filantrópico de ensino de atenção terciária à saúde, localizado na região central da cidade de São Paulo, onde são atendidos pacientes pediátricos e adultos, sendo estes assim considerados acima de 14 anos.

O Serviço de Emergência do referido hospital conta com 79 leitos, distribuídos da seguinte forma: 2 leitos para pacientes psiquiátricos; 8 para aqueles em cuidados intensivos; 24 de internação; 26 de observação (maca); 19 de retaguarda.

Trata-se de um Serviço de Referência Universitária o qual, pelo processo de regionalização do município de São Paulo, é responsável pelos seguintes bairros: Anhanguera, Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro, Brasilândia, Cambuci, Consolação, Cachoeirinha, Casa Verde, Freguesia do Ó, Jaçanã, Jaraguá, Liberdade, Limão, Mandaqui, Perus, Pirituba, República, Santa Cecília, Santana, São Domingos, Sé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme, Vila Maria e Vila Medeiros (Quadro 2).

Quadro 2. Referência e Abrangência Geográfica do Pronto Socorro estudado. São Paulo, 2004

REFERÊNCIA UNIVERSITÁRIA (HOSPITAL ESTUDADO)	Hospital Terciário	Hospital Secundário	1º Atendimento	Abrangência Geográfica
	CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA E TRAUMA			
		H.S.L. Gonzaga (Jaçanã)		Anhanguera, Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro Brasilândia, Cambuci, Consolação, Cachoeirinha, Casa Verde Freguesia do Ó, Jaçanã, Jaraguá, Liberdade, Limão, Mandaqui Perus, Pirituba, República, Santa Cecília, Santana, São Domingos, Sé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme Vila Maria, Vila Medeiros
H. Mandaqui			P.S. Santana	
		H. Pirituba	Peras	
		H.G. Vila Penteadado	P.S. Freguesia do Ó	
		H.V.N. Cachoeirinha	P.S. Lapa	
	H.G. Taipas			
H.S.P.M.			P.S. Barra Funda	
PEDIATRIA				
H. Mandaqui (traumas)		H. Mandaqui	P.S. Santana	Anhanguera, Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro Brasilândia, Cambuci, Consolação, Cachoeirinha, Casa Verde Freguesia do Ó, Jaçanã, Jaraguá, Liberdade, Limão, Mandaqui Perus, Pirituba, República, Santa Cecília, Santana, São Domingos, Sé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme Vila Maria, Vila Medeiros
		H. Pirituba	Peras	
		H.V.N. Cachoeirinha	P.S. Freguesia do Ó	
		H. G. Vila Penteadado		
	H. G. Taipas			
H. Menino Jesus			P.S. Bandeirantes	
			P.S. Lapa	
			P.S. Barra Funda	
		H.S.L. Gonzaga (Jaçanã)		
ORTOPEDIA				
H. Mandaqui			P.S. Santana	Anhanguera, Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro Brasilândia, Cambuci, Consolação, Cachoeirinha, Casa Verde Freguesia do Ó, Jaçanã, Jaraguá, Liberdade, Limão, Mandaqui Perus, Pirituba, República, Santa Cecília, Santana, São Domingos, Sé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme Vila Maria, Vila Medeiros
		H. Pirituba	P.S. peras	
H.V.N. Cachoeirinha				
H.G. Vila Penteadado			P.S. Freguesia do Ó	
		H.G. Taipas		
H.S.P.M.	H. Menino Jesus			
			P.S. Barra Funda	
		H.S.L. Gonzaga (Jaçanã)		

Fonte: modificado de Setor de Cadastro do Serviço estudado (2005)

Foi apresentada carta de solicitação para o estudo, endereçada para a Diretoria de Enfermagem do Hospital pretendido, para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo I). O Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição emitiu parecer favorável a este Projeto de Pesquisa, em 19 de Dezembro de 2003 (Anexo II).

3.3 POPULAÇÃO

A população foi constituída pelos pacientes maiores de 14 anos (adultos), considerados “internados” pelo Setor estudado. Na ocasião do período de coleta de dados, os pacientes poderiam ser considerados internados no Sistema de Registro: 1) a qualquer momento por solicitação do médico responsável por seus cuidados; 2) se o paciente fosse transferido para UTI Central, Centro Cirúrgico, Departamento de Cirurgia (DC), Departamento de Medicina (DM), Pronto Socorro do primeiro andar (PSI); 3) permanência do paciente por mais de 48 horas nas dependências do Serviço de Emergência.

3.3.1 Amostra:

O critério de inclusão na amostra do estudo foi a readmissão do paciente pelo menos uma vez em seis meses nesse mesmo Serviço, retrospectivamente à data de coleta de dados, independente do diagnóstico de internação.

Todos os pacientes readmitidos no mês de maio de 2004 foram incluídos no estudo, obtendo-se uma amostra final de 92 pacientes. Porém, 83 (90,2%) participaram de todas as etapas da pesquisa. Dos pacientes da amostra (92), três (3,3%) foram readmitidos no mesmo serviço durante o mês de coleta de dados. Nesse caso, foi realizada coleta de dados do Prontuário Médico, não sendo aplicada novamente a entrevista na admissão subsequente, o que acabou por limitar os resultados, principalmente quanto à percepção do paciente sobre o atendimento, que poderia alterar-se em outra admissão. Outros três pacientes (3,3%) não participaram da entrevista por déficit de comunicação no momento da entrevista (intubação e ventilação mecânica ou confusão mental, e sem a presença de acompanhantes durante o horário de visita); outros três pacientes (3,3%) não foram encontrados nas dependências do Serviço de Emergência estudado (um estava no Serviço de Diagnóstico por Imagem e foi liberado em alta hospitalar em seguida; dois foram encaminhados ao Centro Cirúrgico e evoluíram à óbito durante a cirurgia).

3.4 COLETA DE DADOS:

A coleta de dados foi realizada por consulta ao prontuário do paciente e entrevista com o próprio paciente ou familiar. Anteriormente à entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos entrevistados (anexo III a e b).

3.4.1 Operacionalização da coleta

No mês de Fevereiro de 2004, foi realizado um pré-teste com 10 pacientes (com os mesmos critérios de inclusão), e serviu para a adequação do Instrumento de coleta de dados. As informações das perguntas abertas obtidas no instrumento pré-teste permitiram transformar algumas questões abertas em fechadas, o que facilitou a análise.

O levantamento dos pacientes da amostra foi feito por meio do Censo de pacientes do Pronto Socorro, o qual foi impresso diariamente às 13:00 horas, durante todo o mês de coleta (Maio de 2004), para obter a relação de pacientes considerados internados pelo Sistema. A coleta de dados não foi realizada em um dos dias, por indisponibilidade do pesquisador, mas os dados foram recuperados retrospectivamente.

Após a escolha dos pacientes da amostra, foi realizada consulta direta ao prontuário dos pacientes, utilizando o Instrumento de Coleta de Dados (Anexo IV).

A entrevista com os pacientes ou responsáveis foi realizada durante o horário de visita do período vespertino (14:00 às 14:30 horas), junto ao leito de internação. Ela foi individual, feita por meio de formulário com questões abertas e fechadas, aplicada pelo próprio

pesquisador (anexo V). Em situações de impossibilidade de aplicação do formulário para entrevista diretamente com o paciente, tais como prejuízo no nível de consciência, afasia, confusão, desorientação, prejuízo na memória, entre outras, os formulários foram aplicados para os acompanhantes responsáveis, durante o horário de visita.

Para verificar se a frequência de readmissões do mês de coleta se aproximava da realidade, foi solicitado ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do hospital de estudo o banco de dados das admissões do Serviço de Emergência de 2003, para o cálculo da taxa de readmissões.

3.4.2 Instrumento de coleta de dados

O Instrumento de Coleta de Dados foi dividido em duas partes:

- **Primeira Parte:** contemplada com dados provenientes do sistema de informática local para a aquisição de informações sobre readmissões anteriores a seis meses à admissão atual e do prontuário médico do paciente. Foram levantados dados sócio-demográficos e de morbidade (anexo IV);

- **Segunda Parte:** composta pelo Formulário para Entrevista com o paciente ou responsável, contendo 23 perguntas abertas e fechadas, sobre dados sócio-demográficos complementares à primeira parte do instrumento; utilização dos serviços de saúde e morbidade referida (Anexo V).

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.5.1 Demográficas e sócio-econômicas

- **Idade:** faixas etárias com amplitude de 10 anos.
- **Sexo:** masculino e feminino.
- **Cidade:** cidade em que o paciente reside atualmente, verificada em seu Prontuário.
- **Local de moradia de acordo com a Coordenadoria de Saúde:** foi classificado, segundo a Coordenadoria Municipal de Saúde a que pertence seu Bairro, pela proximidade, sendo verificados conforme descritos no prontuário do paciente e conforme o Código de Endereçamento Postal (CEP). Nos casos em que o paciente residia fora do município de São Paulo, optou-se por descrever o nome da cidade.

- **Informante:** foram caracterizados os informantes principais que participaram da entrevista, sempre elegendo aquele a quem foi direcionada a entrevista, classificados em: paciente (quando o próprio paciente respondeu à entrevista); companheiro(a); mãe; pai; filho(a); irmão(ã); familiar (parente de primeiro grau, porém não se encaixa nos anteriores, por exemplo, tio, sobrinho, primo, etc); cuidador.
- **Pessoas que residem com o paciente:** somente com o companheiro(a); família (companheiro(a) e filhos); sozinho; mãe; filho(a); neto(a) e cuidador.
- **Grau de escolaridade do paciente:** não sabe ler e escrever; sabe ler, mas sem ensino formal; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo.
- **Atividade remunerada:** sem atividade remunerada; aposentado por idade ou tempo de serviço; aposentado por invalidez; e com atividade remunerada, especificando qual atividade.
- **Convênio Médico:** se possui ou não e, se não possui, devido à situação financeira prejudicada; deficiência de informação; não achou necessário.

3.5.2 Utilização do serviço de saúde

- **Escolha do serviço:** motivo da escolha desse serviço de emergência na admissão atual, sendo: encaminhamento de outra instituição hospitalar (especificando qual); sugestão de médico particular; sugestão de parentes ou amigos; cliente de longa data do serviço; proximidade da residência ou trabalho; qualidade do serviço; facilidade no acesso ao Serviço de Emergência; gratuidade; ex-funcionário ou parente; local onde conseguiu vaga de internação.
- **Programa de Saúde da Família (PSF):** se o paciente é ou não cadastrado no PSF. Em caso negativo, foi caracterizado em: não conhece; não se interessou; acha que não existe no bairro em que reside; não sabe se cadastrar; dificuldade de acesso do paciente.
- **Unidade Básica de Saúde (UBS):** presença de unidade no bairro ou não, e se houver, se já procurou atendimento lá. Se não procurou, por que não o fez: nunca precisou; quis tratamento mais especializado; demora nas consultas ou acha que não funciona.
- **Qualidade do Atendimento na UBS:** como o entrevistado qualifica o atendimento na UBS de seu bairro, sendo: excelente, bom, regular, ruim, indiferente, não sabe; explicando o porquê da resposta.

- **Qualidade do Atendimento do Serviço de Emergência:** como o entrevistado qualifica o atendimento do Serviço de Emergência estudado: excelente; bom; regular; ruim ou não sabe.

3.5.3 Hospitalização

- **Tempo de permanência do paciente nas instalações do Serviço de Emergência:** em dias, considerando tempo de permanência o período compreendido entre a data de entrada no serviço e saída do Serviço de Emergência.
- **Tipo de saída do Serviço de Emergência:** situação em que o paciente deixou as instalações do Serviço de Emergência, sendo: internação; alta hospitalar; óbito. Não houve caso de transferência para outro serviço durante a coleta de dados.
- **Local de internação:** Unidades de Internação do Hospital pesquisado (destino dos pacientes que permaneceram no Serviço de Emergência), sendo: Departamento de Cirurgia (DC) I, II e III; Departamento de Medicina (DM) I, II e III; Unidade de Ortopedia e Traumatologia (UOT); Unidade Semi-Intensiva; UTI.

- **Tempo de permanência do paciente nas instalações do Hospital:** em dias, correspondente à data de entrada do paciente no Serviço de Emergência até a saída do Hospital, mesmo tendo sido internado durante o processo ou não.
- **Tipo de saída do Hospital:** situação em que o paciente deixou as instalações do Hospital: alta hospitalar ou óbito. Não houve caso de transferência para outro serviço.
- **Tempo de duração das internações anteriores:** levantamento da duração das internações anteriores à atual, quantificadas em dias em cada internação.
- **Tempo de permanência na residência (procedência) após as altas hospitalares das internações anteriores:** quantificado em dias, corresponde ao tempo em que o paciente permaneceu em sua residência (procedência) entre a alta hospitalar da última internação e a admissão subsequente.
- **Número de readmissões:** número total de readmissões no Serviço de Emergência, num período de até seis meses anteriores à data de coleta dos dados.

- **Incidência de Readmissões:** percentual de readmissões em relação ao número total de pacientes novos considerados internados no Serviço de Emergência.

3.5.4 Morbidade

- **Afecções de Base:** se o paciente já possui ou não alguma infecção de base diagnosticada, sendo consideradas como tal as Doenças Crônicas conforme classificadas no CID-10. Em caso afirmativo, foi investigado quais doenças possuía.
- **Hipóteses Diagnósticas:** apresentadas pelos pacientes durante toda a sua permanência no Serviço de Emergência, em todas as admissões anteriores (até seis meses) incluindo a atual, verificadas no prontuário e classificadas conforme código CID-10. Foram priorizados os diagnósticos mais relacionados à queixa do paciente na admissão.
- **Queixas atuais:** principais queixas relatadas pelos pacientes na admissão atual no Serviço de Emergência, classificadas conforme o Capítulo XVIII do CID-10.

- **Fatores desencadeantes:** percepção pelos entrevistados dos fatores desencadeantes de suas queixas na admissão atual, classificados em causas não evitáveis (seqüela de doença crônica, efeitos colaterais de quimioterapia, casualidade, idade avançada) e causas potencialmente evitáveis relacionadas com o cuidado (falta de cuidado por parte do paciente, consequência de cirurgia, ausência de cuidador, queda da própria altura, frio, incompetência do serviço anterior, infecção, medicação irregular, trauma anterior, déficit visual) e causas potencialmente evitáveis relacionadas com a mudança de hábito (alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo, resistência ao tratamento, crise nervosa, risco ocupacional do trabalho).
- **Queixa da internação anterior à atual:** percepção do paciente sobre qual queixa apresentou na admissão anterior à atual, classificada conforme o Capítulo XVIII do CID-10.
- **Diagnóstico das internações anteriores:** diagnósticos apresentados pelos pacientes durante as internações anteriores à atual, verificados em seus prontuários médicos, classificados de acordo com o CID-10. Foram priorizados os diagnósticos relacionados com a queixa relatada do paciente em sua admissão.

- **Relação do diagnóstico atual com o diagnóstico anterior:** considerado o principal diagnóstico apresentado por cada paciente na readmissão atual e na readmissão anterior, por meio de relação com a queixa principal apresentada. Os tipos de relação considerados foram: complicação (quando o paciente apresentou alguma complicação não planejada do estado de saúde em relação à admissão anterior); mesmo diagnóstico; evolução da doença (complicação já esperada pela progressão da doença); e sem relação entre os diagnósticos.

3.5.5 Resolutividade do serviço de emergência

- **Orientações ao paciente e/ou responsáveis:** resposta sim ou não com relação ao fato de terem recebido ou não algum tipo de orientação da equipe multiprofissional do hospital (Serviço de Emergência ou Unidade de Internação), no decorrer das internações anteriores ou mesmo na alta hospitalar. Em caso afirmativo, foi questionado quem deu essa orientação: médico; enfermagem (enfermeiro ou auxiliares de enfermagem); nutricionista; assistente social. Também foi investigado que tipo de orientações foram dadas: sobre a doença em

geral; medicação; alimentação; tratamento; mudança de hábitos; retornos/encaminhamentos.

- **Compreensão e seguimento das orientações pelos pacientes e/ou responsáveis:** resposta sim ou não com relação ao fato de terem compreendido ou não as orientações. Em caso negativo, questionado o motivo: linguagem difícil e pouca comunicação dos médicos. Em caso afirmativo, questionado se conseguiram ou não dar seguimento a essas orientações. Caso entenderam, porém não conseguiram seguir as orientações, foi questionado o motivo: alimentação inadequada; problemas financeiros; horários incompatíveis de medicação; não conseguiu tomar medicação; não mudou de hábito.

- **Resolução do problema de saúde:** percepção do entrevistado sobre a resolução ou não de seu problema, na admissão anterior à atual. Em caso negativo, questionado o motivo: continuou com sintomas, pioraram os sintomas, necessidade de cirurgia ou transplante, cronicidade da doença, resistência do paciente ao tratamento, tratamento ineficiente, reincidência de queda e sem opinião. Em caso afirmativo, também questionado o motivo: não apresentou sintomas, alta sem dores.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis classificatórias (qualitativas) foram apresentadas em tabelas de contingência, contendo freqüências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre elas foi avaliada com o teste qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança ou teste exato de Fisher.

A variável idade foi apresentada em tabela contendo média e desvio padrão. As médias foram comparadas com o teste t-Student. A variável intervalo de tempo entre as internações e tempo de internação foram apresentadas em tabelas contendo mediana, valores mínimos e máximos. As distribuições foram comparadas com o teste da soma de postos de Wilcoxon ou teste de Kruskal-Wallis (complementado com o teste de Dunn).

Para as demais variáveis quantitativas, os dados foram apresentados sob a forma de freqüências absolutas e relativas e medidas de tendência central.

Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

Foi calculada a incidência de readmissões da seguinte maneira:

$$= \frac{\text{n}^\circ \text{ de readmissões no serviço de emergência no período}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes admitidos no serviço de emergência no período}} \times 100$$

4- RESULTADOS

Dos 394 pacientes que foram admitidos no período de coleta de dados, 92 foram readmitidos pelo menos uma vez em seis meses. A incidência de readmissão durante o mês de coleta foi de **23,3%**. O valor encontrado é superior à média do segundo semestre de 2003 (Tabela 1).

Observou-se aumento gradativo da incidência de readmissões, no decorrer do segundo semestre de 2003, saltando de 8,4% em Julho para 13,9% em Dezembro de 2003.

Tabela 1. Distribuição de pacientes readmitidos no Serviço de Emergência e incidência de readmissões, segundo o número de readmissões por mês, no segundo semestre de 2003. São Paulo, 2003.

Nº de readmissões durante o ano	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL	média mensal
1	47	41	44	52	55	46	285	48
2	1	10	9	13	6	17	56	9
3	-	-	1	2	7	10	20	3
4	-	1	-	-	1	2	4	1
5	-	-	1	-	1	-	2	-
11	-	-	-	-	-	1	1	-
Total de readmissões	48	52	55	67	70	76	368	61
Incidência de readmissões	8,4%	8,8%	9,5%	11,5%	12,3%	13,9%	10,7%	10,7%

No mês de coleta de dados em 2004 (Tabela 2), a maioria dos pacientes (69,6%, n= 64) apresentou uma readmissão no período, 20 deles (21,7%), duas readmissões, seis (6,5%) foram readmitidos três vezes, dois deles (2,2%), quatro e cinco vezes, respectivamente. A média foi de 1,4 readmissão por paciente (DP=0,8 readmissão), mediana igual a uma readmissão.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o número de admissões até seis meses anteriores à coleta de dados, incluindo a admissão atual. São Paulo, Maio de 2004.

Readmissões	Nº	%
1	64	69,6
2	20	21,7
3	6	6,5
4	1	1,1
5	1	1,1
TOTAL	92	100,0

O número total de admissões (pacientes considerados internados) no ano de 2003 foi evidenciado pela Tabela 3. Notou-se que o número de admissões por mês foi maior no decorrer de 2003 do que no mês da coleta de dados (Maio de 2004), com média de 559 admissões por mês.

Tabela 3. Distribuição do número de pacientes admitidos no Serviço de Emergência por mês. São Paulo, 2003.

Mês de Admissão	n	%
Janeiro	541	8,07%
Fevereiro	546	8,14%
Março	534	7,96%
Abril	542	8,08%
Mai	573	8,55%
Junho	529	7,89%
Julho	572	8,53%
Agosto	588	8,77%
Setembro	580	8,65%
Outubro	584	8,71%
Novembro	568	8,47%
Dezembro	548	8,17%
TOTAL	6705	100,00%
Média Mensal	559	

4.1 Características Demográficas e Sócio-econômicas

Como evidenciado na Tabela 4, houve predomínio de pacientes adultos e idosos, principalmente na faixa etária de 40 a 90 anos (85,9%, n=79). Embora o Serviço estudado considere como adultos os pacientes maiores de 14 anos, notou-se reduzido número de pacientes jovens.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo sexo e idade. São Paulo, Maio de 2004.

IDADE	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
14 ---- 20	1	1,8	1	2,9	2	2,2
20 ---- 30	2	3,5	4	11,4	6	6,5
30 ---- 40	4	7,0	-	-	4	4,3
40 ---- 50	7	12,3	5	14,3	12	13,0
50 ---- 60	10	17,5	8	22,9	18	19,6
60 ---- 70	20	35,1	6	17,1	26	28,3
70 ---- 80	6	10,5	4	11,4	10	10,9
80 ---- 90	7	12,3	6	17,1	13	14,1
90 ---- 100	-	-	1	2,9	1	1,1
TOTAL	57	100,0	35	100,0	92	100,0

Observou-se que houve diferença estatística significativa entre a idade e o tipo de saída do Serviço de Emergência ($p= 0,017$, teste de razão de verossimilhança), sendo que a maior parte dos pacientes menores de 40 anos evoluíram para internação nas unidades do hospital e, entre maiores de 60 anos, houve maior número de óbitos (Figura 2).

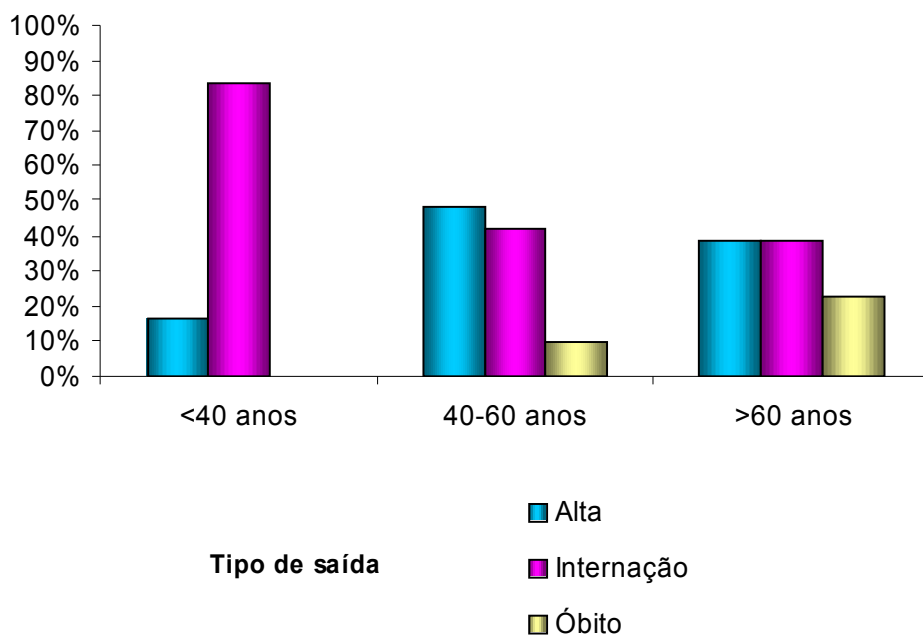


Figura 2. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo idade e tipo de saída do Serviço de Emergência. São Paulo, Maio de 2004.

Entre as mulheres, a distribuição mostrou-se mais homogênea nas diversas categorias, com idade média de 58,9 anos (DP=19,7 anos) e mediana de 58 anos. Pelo teste de diferença de médias de Kruskal-Wallis, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,920$) na idade, entre os sexos.

A maioria dos pacientes readmitidos era do sexo masculino (61,9%) (Figura 3). Nesses, a idade média foi de 59,8 anos (DP=16,5 anos) e a mediana de 64 anos, com maior número de pacientes na faixa etária dos 60 aos 70 anos (35,1%).

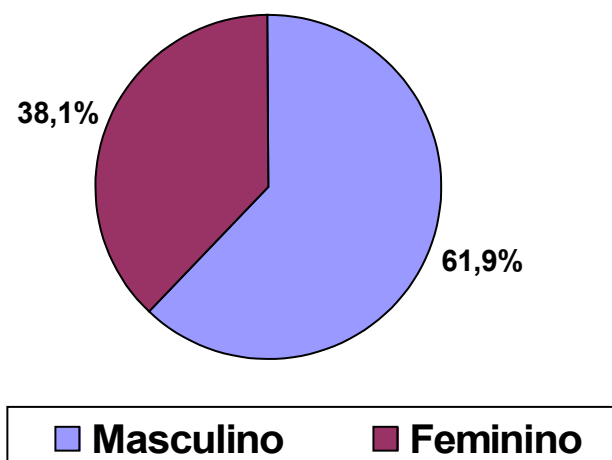


Figura 3. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo sexo. São Paulo, Maio de 2004.

A maioria dos pacientes residia na cidade de São Paulo (83,6%) e os demais em pequenos municípios ao redor (16,4%). Considerando as regiões da cidade, evidenciou-se maior concentração de pacientes moradores na Zona Norte (28,2%; n=26).

Para melhor compreensão do ponto de vista da regionalização, as informações sobre o local de residência foram reclassificadas segundo a Coordenadoria de Saúde de abrangência do local de moradia (Tabela 5). A procedência dos pacientes mostrou-se bem distribuída no Município, sendo a Coordenadoria da Sé a mais evidenciada com 17 moradores (18,5%).

Tabela 5. Distribuição de pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a Coordenadoria de Saúde do local de residência. São Paulo, Maio de 2004.

COORDENADORIA DE SAÚDE	Nº	%
São Paulo (dentro da área de abrangência)		
Sé	17	18,5
Freguesia/Brasilândia	8	8,7
Vila Maria/Vila Guilherme	7	7,6
Casa Verde/Cachoeirinha	6	6,5
Santana/Tucuruvi	5	5,4
Pirituba	3	3,2
Perus	1	1,1
Vila Medeiros	1	1,1
Subtotal	48	52,1
São Paulo (fora da área de abrangência)		
Lapa	4	4,2
Itaim Paulista	3	3,2
Mooça	3	3,2
Butantã	2	2,2
Campo Limpo	2	2,2
Guaianazes	2	2,2
Itaquera	2	2,2
São Miguel	2	2,2
Vila Prudente/Sapopemba	2	2,2
Ermelino Mattarazzo	1	1,1
M' Boi Mirim	1	1,1
Penha	1	1,1
Pinheiros	1	1,1
Socorro	1	1,1
Vila Mariana	1	1,1
Subtotal	28	30,4
OUTROS MUNICÍPIOS		
Guarulhos	3	3,2
Barueri	2	2,2
Franco da Rocha	2	2,2
Carapicuíba	1	1,1
Ferraz de Vasconcelos	1	1,1
Francisco Morato	1	1,1
Itapevi	1	1,1
Santana do Paraíba	1	1,1
Santo André	1	1,1
Suzano	1	1,1
Vargem Grande Paulista	1	1,1
Subtotal	15	16,4
Morador de Rua*	1	1,1
TOTAL	92	100,0

* morador sem residência fixa.

Ainda na Tabela 5, observa-se que 43 pacientes (46,7%) não pertenciam à área circunscrita de atendimento terciário à saúde do Hospital estudado e 48 (52,2%) pertenciam a ela.

As tabelas a seguir possuem um total de 83 pacientes, devido a não realização da entrevista em alguns pacientes, conforme abordado na Casuística e Método.

De acordo com a Tabela 6, 45,8% (n= 38) das entrevistas foram respondidas pelo próprio paciente, considerando os pacientes conscientes e orientados. Os filhos responderam 22,9% das entrevistas (n=19), e os(as) companheiros(as) responderam 14,5% (n= 12).

Tabela 6. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo tipo de informante entrevistado. São Paulo, Maio de 2004.

Informante	Nº	%
Paciente	38	45,8
Filho(a)	19	22,9
Companheiro(a)	12	14,5
Sobrinho(a)	4	4,8
Cuidador (a)	2	2,4
Outro Familiar*	1	1,2
Irmão(ã)	2	2,4
Mãe	2	2,4
Neto(a)	1	1,2
Nora	1	1,2
Pai	1	1,2
TOTAL	83	100,0

*considerado familiar de 1º grau que não se encaixa nos anteriores.

A maioria dos pacientes (51,8%, n= 43) mora com a família (companheiro(a) e filhos(as)), seguido por pacientes que moram somente com o(a) companheiro(a) (18,1%, n= 15). Aqueles que moram apenas com os(as) filhos(as) são 6,0% (n=5) e 13,3% (n=11) moram sozinhos (Tabela 7). A distribuição das pessoas com quem o paciente readmitido mora pelo número de readmissões não mostrou associação estatística ($p=0,166$), embora houvesse maior número de pacientes que tiveram mais de uma readmissão (75,0%) que moravam apenas com seus filhos(as).

Tabela 7. Caracterização dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo com quem residem atualmente. São Paulo, Maio de 2004.

Pessoa com quem mora	Nº	%
Sozinho	11	13,3
Família*	43	51,8
Companheiro(a)	15	18,1
Filho(a)	5	6,0
Irmão(ã)	5	6,0
Mãe	1	1,2
Neto	1	1,2
Cuidador(a)	1	1,2
Asilo	1	1,2
TOTAL	83	100,0

*considerado companheiro(a) + filho(s)

A população estudada tem poucos anos de escolaridade. A Tabela 8 mostrou que 35 pacientes (42,2%) possuíam ensino fundamental incompleto. Notou-se número considerável de pacientes que não sabiam ler e escrever (13,2%,

n=11), enquanto 20 (24,0%) possuíam Ensino Médio Completo ou mais.

Tabela 8. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo Escolaridade. São Paulo, Maio de 2004.

ESCOLARIDADE	Nº	%	% Acum
Não sabe ler e escrever	11	13,2	13,2
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)	2	2,4	15,6
Ensino Fundamental Incompleto	35	42,2	57,8
Ensino Fundamental Completo	12	14,5	72,3
Ensino Médio Incompleto	3	3,6	75,9
Ensino Médio Completo	14	16,9	92,8
Ensino Superior Incompleto	2	2,4	95,2
Ensino Superior Completo	4	4,8	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0

Não houve diferença estatística significativa entre a escolaridade e o número de admissões dos pacientes readmitidos ($p= 0,231$). Porém 58,3% dos pacientes com mais de uma admissão possuíam ensino fundamental ou menos (Figura 4).

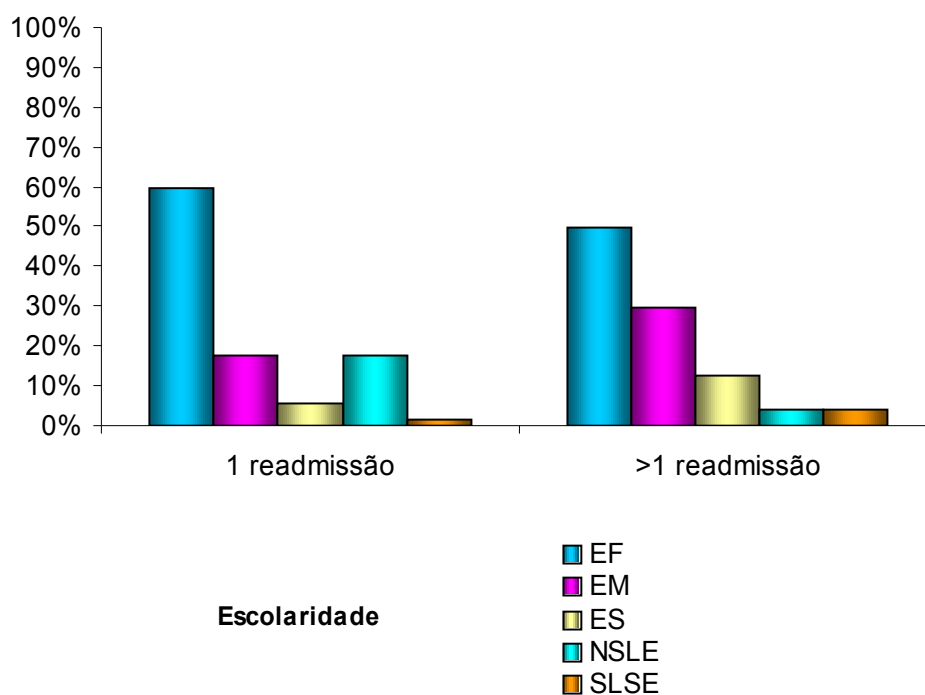


Figura 4. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo número de readmissões e escolaridade. São Paulo, Maio de 2004.

Segundo a Tabela 9, 47,0% (n=39) dos pacientes eram aposentados por idade e 10,8% (n=9) por invalidez. Notou-se, também, considerável número de pacientes sem atividade remunerada, sendo 27,2% (n=23).

Tabela 9. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a Fonte de Renda. São Paulo, Maio de 2004.

Fonte de Renda	Nº	%
Sem atividade remunerada	23	27,2
Com atividade remunerada	11	13,3
Aposentado por idade	39	47,0
Aposentado por Invalidez	9	10,8
Pensionista	1	1,2
TOTAL	83	100,0

Apenas 13,3% (n=11) dos entrevistados possuíam uma atividade remunerada. As atividades desenvolvidas referidas foram: ambulante, confeitiro, eletricista, garçom, motorista, policial, psicólogo, secretária, sucateiro, varredor e vendedor.

A maior freqüência de pacientes aposentados por idade coincidiu com o fato de 53,3% de os pacientes terem 60 anos ou mais.

Comparando-se os dados de Fonte de Renda e Escolaridade (Tabela 10), entre os pacientes sem atividade remunerada, 43,5% (n=10) deles possuíam Ensino Fundamental Incompleto, e 17,4% (n=4) o ensino médio completo. Dos pacientes com ensino fundamental incompleto, 48,6% (n=17) eram aposentados por idade, 28,6% (n=10) não possuíam atividade remunerada e 14,3% (n=5) eram aposentados por invalidez. Entre os pacientes sem escolaridade, 61,5% (n=8)

eram aposentados, e 15,4% (n=2) não possuíam atividade remunerada.

Tabela 10. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo Escolaridade e Fonte de Renda. São Paulo, Maio de 2004.

ESCOLARIDADE	Fonte de Renda										Total	
	Sem Ativ.		Com ativ.		Apos. Idade		Apos. Inv.		Pensionista		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
NSLE	2	18,2	-	-	7	63,6	1	9,1	1	9,1	11	100,0
SLSE	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2	100,0
EFI	10	28,6	3	8,6	17	48,5	5	14,3	-	-	35	100,0
EFC	3	25,0	1	8,4	6	50,0	2	16,6	-	-	12	100,0
EMI	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	-	-	3	100,0
EMC	4	28,6	3	21,4	6	42,8	1	7,2	-	-	14	100,0
ESI	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
ESC	1	25,0	1	25,0	2	50,0	-	-	-	-	4	100,0
TOTAL	23	27,7	11	13,3	39	47,0	9	10,8	1	1,2	83	100,0

A maioria dos pacientes entrevistados (95,2%, n=79) não possuía convênio médico. Quanto ao motivo por não o possuírem, quase a totalidade (92,4%, n=73) relatou problemas financeiros e seis (7,6%) referiram não considerá-lo necessário.

4.2 Utilização dos Serviços de Saúde

De todos os motivos referidos para a escolha do serviço, o principal foi a sua qualidade (26,5%; n=30), enquanto 18,6% (21) vieram encaminhados de outros Serviços (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição dos motivos referidos pelos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência sobre a escolha do Serviço. São Paulo, Maio de 2004.

Motivo	Nº	%
Qualidade do Serviço	30	26,5
Encaminhado de outro Serviço	21	18,6
Cliente de longa data	15	13,3
Proximidade	13	11,5
Sugestão do médico	10	8,8
Indicação de conhecidos *	7	6,2
Gratuidade	6	5,3
Ex – funcionário ou parente **	4	3,5
Local onde conseguiu vaga	4	3,5
Facilidade de acesso	3	2,7
TOTAL	113	100,0

* indicação de funcionário, amigos ou parentes.

** ex-funcionário do Serviço estudado ou parente de funcionário.

Alguns pacientes, 13,3% (n=15), referiram ser clientes do Serviço estudado de longa data e por esse motivo sempre procuram o mesmo lugar para atendimento. Observou-se também que 15,0% (n=17) receberam indicação de terceiros, 8,8% (n=10) de seu médico e 6,2% (n=7) de conhecidos (funcionários da Instituição, amigos, parentes).

Embora o serviço de saúde seja público, apenas 5,3% (n=6) dos pacientes apontaram como motivo de escolha do serviço o fato de ser gratuito, apesar de 95,2% dos pacientes (n=79) não possuírem convênio de saúde. Como motivo de não possuírem convênio, 92,4% dos entrevistados (n=73) referiram problemas financeiros e 7,6% (n=6) não consideravam necessário.

Analisando-se os Serviços de Saúde que encaminharam pacientes para o serviço estudado, notou-se que 52,4% (n=11) eram pertencentes às Coordenadorias de Saúde inseridas no sistema de regionalização do hospital estudado. Nove serviços de saúde da Zona Norte de São Paulo e sete de outros municípios encaminharam pacientes para o Serviço estudado (Tabela 12). Em São Paulo, três serviços de saúde (14,4%) estavam fora da área de abrangência do hospital estudado, assim como cinco serviços (23,9%) eram de outros municípios.

Tabela 12. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência por encaminhamento de outros Serviços de Saúde, segundo a localização (dos Serviços) na Coordenadoria de Saúde. São Paulo, Maio de 2004.

Coordenadoria de Saúde	Hospital	U.B.S.	Clínica/ambul.	Total
------------------------	----------	--------	----------------	-------

	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
São Paulo (dentro da área de abrangência)								
Jaçanã/Tremembé	3	25,0	-	-	-	-	3	14,3
Sé	1	8,3	-	-	1	50,0	2	9,5
Freguesia/Brasilândia	1	8,3	-	-	1	50,0	2	9,5
Santana/Tucuruvi	2	16,7	-	-	-	-	2	9,5
Casa Verde/Cachoeirinha	-	-	1	20,0	-	-	1	4,8
Vila Maria/Vila Guilherme	-	-	1	20,0	-	-	1	4,8
Subtotal	7	58,3	2	40,0	2	100,0	11	52,4
São Paulo (fora da área de abrangência)								
Butantã	-	-	1	20,0	-	-	1	4,8
Pinheiros	1	8,3	-	-	-	-	1	4,8
Mooça	1	8,3	-	-	-	-	1	4,8
Subtotal	2	16,6	1	20,0	-	-	3	14,4
Outros Municípios:								
Guarulhos	1	8,3	-	-	-	-	1	4,8
Franco da Rocha	1	8,3	-	-	-	-	1	4,8
Barueri	-	-	2	40,0	-	-	2	9,5
Itapevi	1	8,3	-	-	-	-	1	4,8
Subtotal	3	24,9	2	40,0	-	-	5	23,9
Não sabe	-	-	-	-	-	-	2	9,5
Total	12	100,0	5	100,0	2	100,0	21	100,0

A Tabela 13 mostrou que 82,0% (n=68) dos entrevistados classificou o Serviço estudado como Excelente ou Bom, e 14,4% (n=12) como Regular ou Ruim.

Tabela 13. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo avaliação da qualidade do Serviço. São Paulo, Maio de 2004.

Conceito	Nº	%
Excelente	19	23,0
Bom	49	59,0
Regular	8	9,6
Ruim	4	4,8

Não sabe	3	3,6
TOTAL	83	100,0

A maioria dos pacientes (92,8%, n= 77) referiu não estar cadastrado no PSF. Somente 6,0% (5) estavam cadastrados. Quanto ao motivo do não cadastramento (Tabela 14), 45,4% (n=35) disseram desconhecer o Programa (mesmo após explicação do que é e como funciona), 23,4% (n=18) não sabia como se cadastrar, 14,3% (n=11) não se interessaram pelo PSF, 10 pacientes (13,0%) achavam que não existia esse Programa em seu bairro, e três (3,9%) referiram dificuldade de acesso das equipes de PSF em seu bairro.

Tabela 14. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o motivo de não estarem cadastrados no PSF. São Paulo, Maio de 2004.

Motivo	Nº	%
Não conhece o programa	35	45,4
Não sabe como se cadastrar	18	23,4
Não se interessou	11	14,3
Acha que não existe no bairro	10	13,0
Dificuldade de acesso	3	3,9
TOTAL	77	100,0

Quanto às informações sobre a presença de UBS próxima ao local de residência, 92,8% dos entrevistados (n=77) referiram a sua existência em seu bairro, um (1,2%) entrevistado referiu que não e cinco (6,0%) não souberam responder.

Entre os entrevistados que responderam haver uma UBS na área onde mora, 70,1% (54) disseram que já foram atendidos nesse tipo de estabelecimento, 28,6% (22) referiram que não e 1,3% (1) não soube responder.

Entre os pacientes que nunca passaram em atendimento na UBS do bairro, 77,3% (17) referiram que nunca precisaram e 13,6% (3) preferem buscar tratamento mais especializado.

Quando à percepção da qualidade da UBS referida pelos entrevistados (Tabela 15), notou-se que 53,7% (29) classificaram como Excelente ou Bom, e 37,0% (20) como Regular ou Ruim.

Tabela 15. Distribuição dos entrevistados, segundo a avaliação da qualidade da UBS de seu bairro. São Paulo, Maio de 2004.

Conceito	Nº	%
Excelente	4	7,4
Bom	25	46,3
Regular	5	9,3
Ruim	15	27,8
Não sabe	5	9,3
TOTAL	54	100,0

4.3 Dados de Hospitalização

De acordo com a Tabela 16, evidenciou-se que 68 pacientes (73,9%) permaneceram nas instalações do Serviço de Emergência até quatro dias, e 17 (18,5%), de cinco a nove dias. A média foi de 4,2 dias (DP=36,4 dias) e mediana de 3,4 dias (variação 0-19 dias).

Tabela 16. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o Tempo de Permanência nas instalações do Serviço de Emergência (em dias). São Paulo, Maio de 2004.

Dias	Nº	%	% Acum
-------------	-----------	----------	---------------

0 ----2	26	28,3	28,3
2 ----5	42	45,6	73,9
5 ----10	17	18,5	92,4
10 ----20	7	7,6	100,0
TOTAL	92	100,0	100,0

Na Tabela 17, observou-se que 42 (45,7%) pacientes, após sua permanência no Serviço de Emergência, foram internados nas Unidades de Internação do Hospital, 36 (39,1%) tiveram alta hospitalar e 14 (15,2%) evoluíram a óbito.

Tabela 17. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o destino após sua permanência no Serviço de Emergência. São Paulo, Maio de 2004.

Destino	Nº	%
Internação	42	45,7
Alta hospitalar	36	39,1
Óbito	14	15,2
TOTAL	92	100,0

Pela figura 5, observou-se que houve maior proporção de óbitos no grupo de pacientes com 1 readmissão. No entanto, não houve diferença estatística significativa entre o tipo de saída do Serviço de Emergência e o número de readmissões ($p=0,222$).

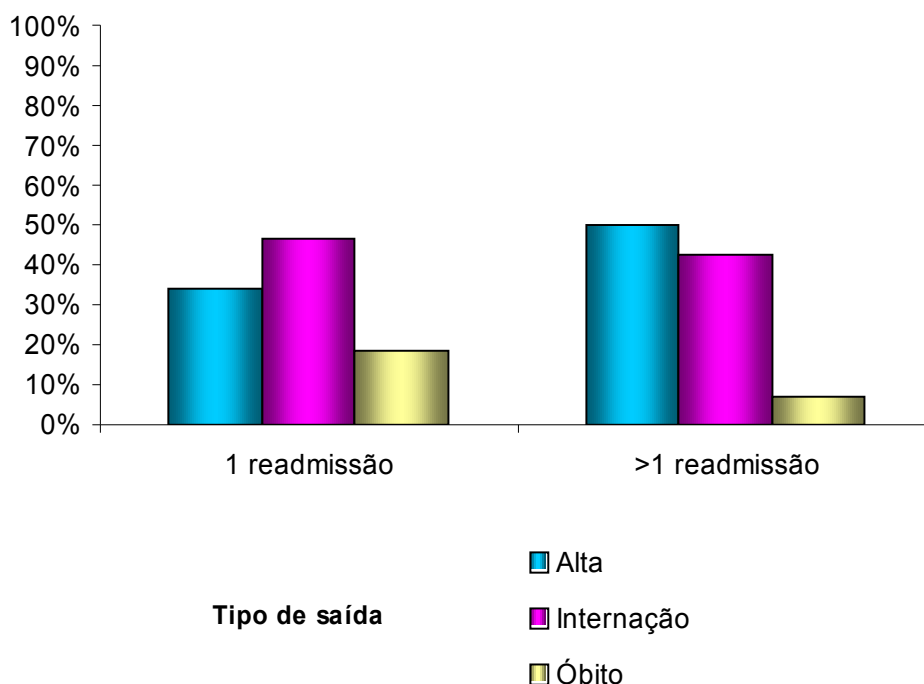


Figura 5. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência segundo tipo de saída do Serviço de Emergência e número de readmissões, São Paulo, Maio de 2004.

A Tabela 18 mostrou que, dos pacientes que foram encaminhados para as Unidades de Internação do Hospital, após permanência no Serviço de Emergência, 23 (54,8%) foram internados nos Departamentos de Cirurgia, 16 (38,0%) nos Departamentos de Medicina (Clínica Médica) e três (7,2%) em outras Unidades.

Tabela 18. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a Unidade de Internação após sua permanência no Serviço de Emergência. São Paulo, Maio de 2004.

Unidade	Nº	%
Cirurgia I, II e III	23	54,8
Medicina I e III	16	38,0
Semi Intensiva	1	2,4
Ortopedia e Traumatologia	1	2,4
Terapia Intensiva	1	2,4
TOTAL	42	100,0

Quanto ao destino dos pacientes após permanência nas dependências do Serviço de Emergência e somada ao destino após a permanência nas unidades de internação, 63 deles (68,5%) evoluíram para alta hospitalar e 29 (31,5%) evoluíram à óbito. Não houve caso de transferência para outro Serviço.

Na readmissão atual, metade dos pacientes permaneceu internada até quinze dias no Hospital (Serviço de Emergência + Unidade de Internação), com maior frequência no período de cinco a nove dias (26,2%), seguido pelo tempo de dez

a 14 dias (21,4%). Considerando as admissões anteriores à atual, nota-se que, de modo geral a maioria dos pacientes ficou internada até cinco dias (Tabela 19). As médias de tempo de internação para cada evento também oscilaram entre cinco e quinze dias, sendo que, em média, o tempo de permanência foi maior na admissão atual.

Tabela 19. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o Tempo de Permanência no Hospital (Serviço de Emergência + Unidade de Internação) em todas as readmissões no período de seis meses. São Paulo, Maio de 2004.

Dias	Atual			Readmissão 1			Readmissão 2			Readmissão 3			Readmissão 4			Readmissão 5		
	Nº	%	% acum	Nº	%	% acum	Nº	%	% acum	Nº	%	% acum	Nº	%	% acum	Nº	%	% acum
01 ----05	7	16,7	16,7	43	46,7	46,7	14	51,9	51,9	3	37,5	37,5	1	50,0	50,0	1	100,0	100,0
05 ----10	11	26,2	42,9	28	30,4	77,1	7	25,9	77,8	1	12,5	50,0	1	50,0	100,0	-	-	-
10 ----15	9	21,4	64,3	14	15,2	92,4	4	14,8	92,6	1	12,5	62,5	-	-	-	-	-	-
15 ----20	5	11,9	76,2	3	3,3	95,6	1	3,7	96,3	2	25,0	87,5	-	-	-	-	-	-
20 ----25	3	7,1	83,4	2	2,2	97,8	1	3,7	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 ----30	2	4,8	88,1	-	-	-	-	-	-	1	12,5	100,0	-	-	-	-	-	-
30 ----35	1	2,4	90,5	1	1,1	98,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 ----40	2	4,8	95,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 ----+	2	4,8	100,0	1	1,1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	42	100,0	100,0	92	100,0	100,0	27	100,0	100,0	8	100,0	100,0	2	100,0	100,0	1	100,0	100,0
Média		14,3			6,7			6,2			11,2			5,0				
DP		11,1			6,8			8,0			24,2			2,0				
Mediana		11			5,0			4,0			7,7			3,0				
Variação		1 a 40			1 a 48			1 a 24			1 a 27			3 a 7				

A Tabela 20 apresenta um panorama geral do tempo de permanência do paciente em sua residência, entre uma admissão e outra. De modo geral, um terço dos pacientes permaneceu até 15 dias no domicílio entre cada admissão. No entanto, a classe de 30 a 60 dias agregou o maior número de pacientes para os intervalos das três últimas readmissões.

Tabela 20. Distribuição do tempo de permanência dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência na residência (procedência), entre as altas hospitalares das internações anteriores e as admissões. São Paulo, Maio de 2004.

Dias	Tempo Casa1		Tempo Casa2		Tempo Casa3		Tempo Casa4		Tempo Casa5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01 ----07	16	17,4	4	14,8	1	12,5	-	-	-	-
07 ----15	12	13,0	5	18,5	2	25,0	-	-	1	100,0
15 ----21	4	4,3	1	3,7	1	12,5	-	-	-	-
21 ----30	8	8,7	4	14,8	-	-	-	-	-	-
30 ----60	21	22,8	10	37,0	3	37,5	-	-	-	-
60 ----90	13	14,1	2	7,4	1	12,5	2	100,0	-	-
90 ----120	12	13,0	1	3,7	-	-	-	-	-	-
120 ----150	3	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
150 ----180	2	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-
180 ----190	1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	92	100,0	27	100,0	8	100,0	2	100,0	1	100,0
Média	49,2		33,2		33,7		75,0			
DP	43,7		25,5		74,4					
Mediana	43,0		28,7		20,0		76,0			
Varição	1 a 184		1 a 111		5 a 80		76 a 85			

Tempo Casa1: tempo entre a alta hospitalar da última internação e a admissão atual;

Tempo Casa2: tempo entre a alta hospitalar da penúltima internação e a admissão da última internação;

Tempo Casa3: tempo entre a alta hospitalar da antepenúltima internação e a admissão da penúltima internação;

Tempo Casa4: tempo entre a alta hospitalar da 4ª internação e a admissão da antepenúltima internação;

Tempo Casa5: tempo entre a alta hospitalar da 5ª internação e a admissão da 4ª internação.

4.4 Dados de Morbidade

No que diz respeito às afecções de base, 90 pacientes (97,8%) relataram-nas em seus prontuários, e somente dois (2,2%) deles não possuíam registro de qualquer afecção crônica.

As afecções de base encontradas (Tabela 21) foram lideradas pelas doenças do aparelho circulatório (33,7%, n=56), seguidas pelas neoplasias (24,1%, n=40). As doenças do aparelho digestivo foram evidenciadas em 21 ocasiões (12,7%) e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas em 17 (10,2%).

Tabela 21. Distribuição das afecções de base dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, classificadas pelo CID-10, São Paulo. Maio de 2004.

Afecção de Base	Nº	%
Doenças do Aparelho Circulatório	56	33,7
Neoplasias	40	24,1
Doenças do Aparelho Digestivo	21	12,7
Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	17	10,2
Doenças do Aparelho Geniturinário	9	5,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	4,2
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	5	3,0
Doenças do Aparelho Respiratório	5	3,0
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	3	1,8
Retardo Mental	1	0,6
Paralisia Cerebral e outras síndromes paralíticas	1	0,6
Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	1	0,6
TOTAL	166	100,0

Cada paciente, eventualmente, poderia possuir uma ou mais afecções de base; 43 deles (46,7%) possuíam apenas uma afecção de base, e 27 (29,4%) possuíam mais de três. Entretanto, não houve diferença estatística significativa entre o número de afecções de base por paciente e o número de readmissões ($p= 0,771$) (Figura 6).

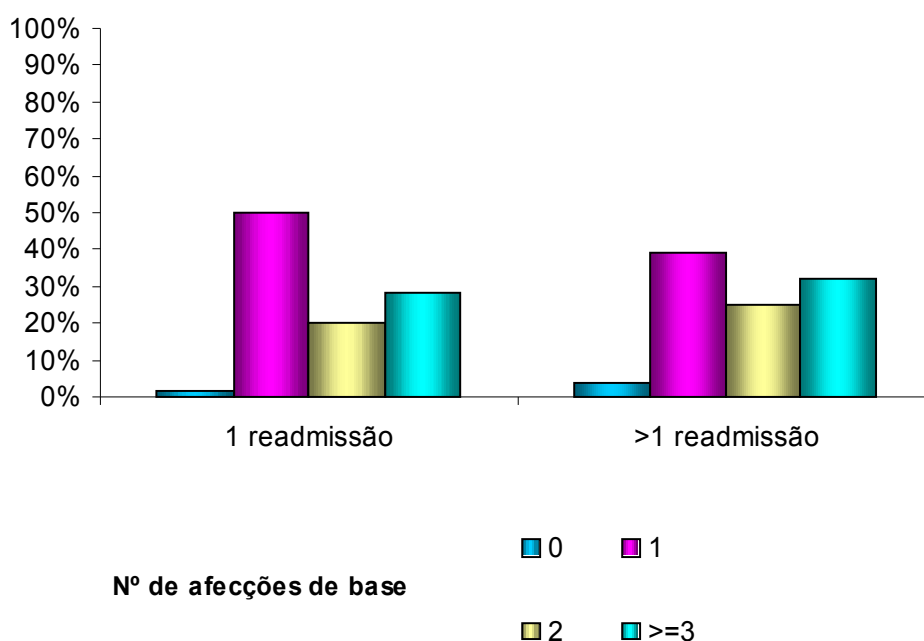


Figura 6. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo número de afecções de base e número de readmissões. São Paulo, Maio de 2004.

A Tabela 22 apresenta a relação das hipóteses diagnósticas das readmissões. A ordem de freqüência de hipóteses diagnósticas pelos capítulos da classificação da CID 10 assemelha-se à das afecções de base. Nota-se que os pacientes com maior número de readmissões no período apresentavam problemas codificados nos capítulos das neoplasias, das doenças

do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários e das doenças do sistema nervoso.

Tabela 22. Distribuição das hipóteses diagnósticas relatadas nos prontuários dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência em todas as readmissões. São Paulo, Maio de 2004.

Também foi verificada a relação entre a principal hipótese diagnóstica da admissão atual e da admissão anterior, de cada paciente (Tabela 23), e a maior parte dos diagnósticos

Hipótese Diagnóstica	Atual		Re-admis 1		Re-Admis 2		Re-admis-3		Re-aAdmis 4		Re-admis5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças do Aparelho Circulatório	5	21,5	3	18,0	9	15,0	1	5,9	-	-	-	-
Neoplasias	3	12,0	2	13,0	9	15,0	3	17,0	1	33,0	1	50,0
Doenças do Aparelho Digestivo	3	11,0	2	13,0	1	19,0	4	23,0	-	-	-	-
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2	8,3	3	15,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Doenças do Aparelho Respiratório	1	7,1	1	7,5	1	1,8	1	5,9	-	-	-	-
Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	7,1	1	6,5	5	8,8	2	11,8	-	-	-	-
Doenças do Aparelho Geniturinário	1	6,0	1	5,5	2	3,5	-	-	-	-	-	-
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1	5,6	1	5,0	4	7,0	4	23,0	1	33,0	1	50,0
Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	1	4,8	1	5,5	2	3,5	-	-	-	-	-	-
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	1	4,4	3	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	8	3,2	7	3,5	1	1,8	1	5,9	-	-	-	-
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	5	2,0	2	1,0	4	7,0	-	-	-	-	-	-
Doenças do Sistema Nervoso	5	2,0	2	1,0	1	1,8	1	5,9	1	33,0	-	-
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	1,6	3	1,5	1	1,8	-	-	-	-	-	-
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	1,6	3	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Parto	-	-	1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde	-	-	-	-	6	10,5	-	-	-	-	-	-
Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-
TOTAL	25	100,0	20	100,0	57	100,0	17	100,0	30	100,0	20	100,0

(57,6%, n= 53) se repetiram nessas duas admissões.

Tabela 23. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo a relação da hipótese diagnóstica principal da admissão atual e com a anterior. São Paulo, Maio de 2004.

Relação Diagnóstica	nº	%
Mesmo diagnóstico	53	57,6
Complicação	22	23,9
Sem relação	10	10,9
Evolução da doença	7	7,6
Total	92	100,0

Observou-se ainda que 22 pacientes (23,9%) apresentaram complicações, sendo que, a maioria (81,8%) ocorreu após procedimento cirúrgico, na admissão anterior. No entanto, não houve diferença estatística significativa entre a relação dos diagnósticos das duas últimas admissões e o número de readmissões ($p = 0,912$) (Figura 7).

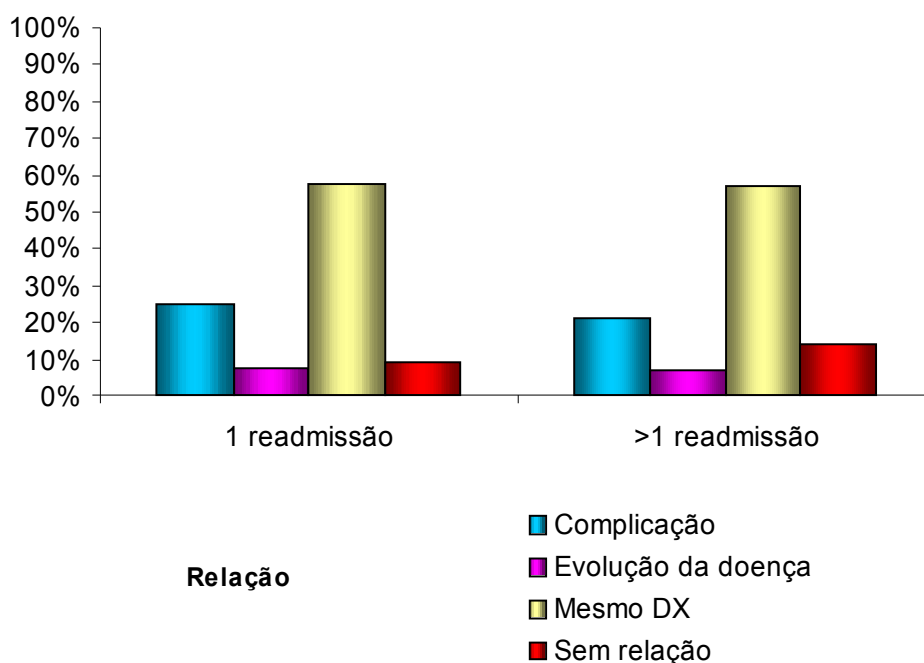


Figura 7. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo número de readmissões e relação

entre o diagnóstico atual e o anterior. São Paulo, Maio de 2004.

Analisando-se as queixas atuais e da admissão anterior dos pacientes, tomando-se como referência o capítulo XVIII dos Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos (Tabela 24), observou-se o predomínio de sinais e sintomas gerais e sinais e sintomas do aparelho digestivo.

Tabela 24. Distribuição das queixas dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência na admissão atual e na anterior (re-admissão 1). São Paulo, Maio de 2004.

Queixa /motivo	Atual		Anterior	
	Nº	%	Nº	%
Gerais	89	53,0	50	41,0
Relativas ao Aparelho Digestivo e Abdome	38	22,5	33	27,0
Relativas ao Aparelho Respiratório e Circulatório	21	12,5	13	10,8
Relativas a Pele e Tecido Subcutâneo	7	4,2	2	1,6
Relativas ao Aparelho Urinário	5	3,0	4	3,3
Complicações hospitalares	4	2,4	1	0,8
Trauma	2	1,2	6	4,9
Problema ginecológico	1	0,6	-	-
Problema metabólico	1	0,6	-	-
Cirurgia	-	-	5	4,1
Quimioterapia	-	-	1	0,8
Parto	-	-	1	0,8
Não lembra	-	-	6	4,9

TOTAL	168	100,0	122	100,0
--------------	------------	--------------	------------	--------------

Considerando-se as queixas em separado, na admissão atual, as mais referidas foram: a dispnéia (7,7%, n=13), edema ou ferida em membros inferiores em MMII (7,7%, n=13), febre ou calafrios (7,1%, n=12), dor ou distensão abdominal (7,1%, n=12), hemorragia digestiva e epistaxe (6,5%, n=11), vômitos ou diarreia ou desidratação (6,0%, n=10), fraqueza ou cansaço (6,0%, n=10) e confusão mental (6,0%, n=10), entre outras.

Na admissão anterior à atual (re-admissão 1), predominaram queixas potenciais para problemas de clínica cirúrgica, como por exemplo dor ou distensão abdominal (13,1%, n=16), hemorragia digestiva e epistaxe (8,2%, n=10). Além desses, destacaram-se as dores, edema ou ferida em MMII (12,3%, n=15), dispnéia (7,4%, n=9), febre ou calafrios (7,4%, n=9), fraqueza ou cansaço (6,6%, n=8).

Os entrevistados foram indagados com relação aos fatores que poderiam ter gerado a necessidade da procura pelo serviço de emergência e as respostas foram classificadas em causas evitáveis e não evitáveis (Tabela 25). As causas potencialmente evitáveis foram mais frequentes (40,9%, n= 38), sendo divididas em causas relacionadas com o cuidado (21,5%,

n=20) e relacionadas com a mudança de hábito (19,4%, n=18). Entre as causas não evitáveis (35,4%, n=33), predominaram a seqüela da doença crônica (30,1%, n=28) e os efeitos colaterais da quimioterapia (3,2%, n=3).

Tabela 25. Distribuição dos possíveis fatores que desencadearam o problema de saúde atual relatados pelos entrevistados. São Paulo, Maio de 2004.

Fatores Desencadeantes	Nº	%
Causas Não Evitáveis		
Seqüela de doença crônica	28	30,1
Efeitos colaterais da quimioterapia	3	3,2
Casualidade	1	1,1
Idade avançada	1	1,1
Subtotal	33	35,5
Causas Potencialmente Evitáveis		
<i>Relacionadas ao cuidado</i>		
Falta de cuidado por parte do paciente	6	6,5
Conseqüência de cirurgia	5	5,4
Ausência de cuidador	2	2,2
Queda da própria altura	1	1,1
Frio	1	1,1
Incompetência do serviço anterior	1	1,1
Infecção	1	1,1
Medicação irregular	1	1,1
Trauma anterior	1	1,1

Déficit visual	1	1,1
Relacionadas à mudança de hábito		
Alimentação inadequada	5	5,4
Alcoolismo	5	5,4
Tabagismo	5	5,4
Resistência ao tratamento	1	1,1
Crise nervosa	1	1,1
Risco ocupacional do trabalho	1	1,1
Subtotal	38	40,9
Não sabe	22	23,6
TOTAL	93	100,0

4.5 Resolutividade do Serviço de Emergência

Com relação ao recebimento de orientações pelo paciente ou responsável, durante a admissão anterior à atual, notou-se que 58 (69,9%) entrevistados referiram ter recebido orientações da equipe multiprofissional. No entanto, 13 (15,7%) disseram não ter recebido orientação, e 12 pacientes (14,5%) não souberam responder. Ressalta-se que alguns informantes entrevistados não estavam presentes na admissão anterior do paciente.

De acordo com a Tabela 26, 52 pacientes (89,7%) mencionaram ter recebido orientações somente do Médico; 2 (3,4%) referiram ter recebido do Médico e da Enfermagem e

somente 1 paciente (3,4%) referiu ter recebido orientação somente da Enfermagem.

Tabela 26. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo quem realizou a orientação nas admissões anteriores. São Paulo, Maio de 2004.

Profissional	Nº	%
Médico	52	89,7
Médico + Enfermagem	2	3,4
Médico + Nutricionista	2	3,4
Médico + enfermagem + Assistente social	1	1,7
Enfermagem	1	1,7
TOTAL	58	100,0

Na Tabela 27 notou-se que das orientações mencionadas pelos entrevistados, as principais foram de medicação (26,6%, n=33), de tratamento da doença (19,4%, n=24), de alimentação (17,7%, n=22) e sobre a doença em geral (14,5%, n=18). As orientações geralmente relacionadas à mudança de hábitos ou condições que favorecem o acompanhamento da doença são as menos fornecidas, como evidenciado.

Tabela 27. Distribuição dos tipos de orientação recebida na admissão anterior à atual. São Paulo, Maio de 2004:

Tipo de orientação	nº	%
Medicação	33	26,6
Tratamento	24	19,4
Alimentação	22	17,7

Doença	18	14,5
Mudança de hábitos	11	8,9
Retornos	10	8,1
Encaminhamentos	4	3,2
Exames diagnósticos	2	1,6
TOTAL	124	100,0

Quanto à compreensão das orientações feitas pela equipe multiprofissional ao paciente ou responsável, notou-se que 51 entrevistados (87,9%) referiram ter compreendido as orientações recebidas e cinco (8,6%) não as compreenderam (Tabela 28). Constatou-se ainda que 30 (51,7%) referiram ter seguido as orientações, 15 (25,9%), não, e 13 (22,4%) o fizeram parcialmente. É importante ressaltar que 21 entrevistados (41,2%) referiram ter compreendido as orientações, porém não as seguiram (ou parcialmente).

Tabela 28. Distribuição dos entrevistados, segundo a compreensão e o seguimento das orientações prestadas pela equipe multiprofissional. São Paulo, Maio de 2004.

Compreensão das Orientações								
Seguimento	Não		Parcial		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	4	80,0	-	-	11	21,6	15	25,9
Parcial	1	20,0	2	100,0	10	19,6	13	22,4
Sim	-	-	-	-	30	58,8	30	51,7
TOTAL	5	100,0	2	100,0	51	100,0	58	100,0

Não houve diferença estatística significativa entre o seguimento das orientações e o número de readmissões ($p = 0,891$). Também não houve diferença estatística entre a compreensão das orientações e o número de readmissões ($p = 0,439$) (Figura 8).

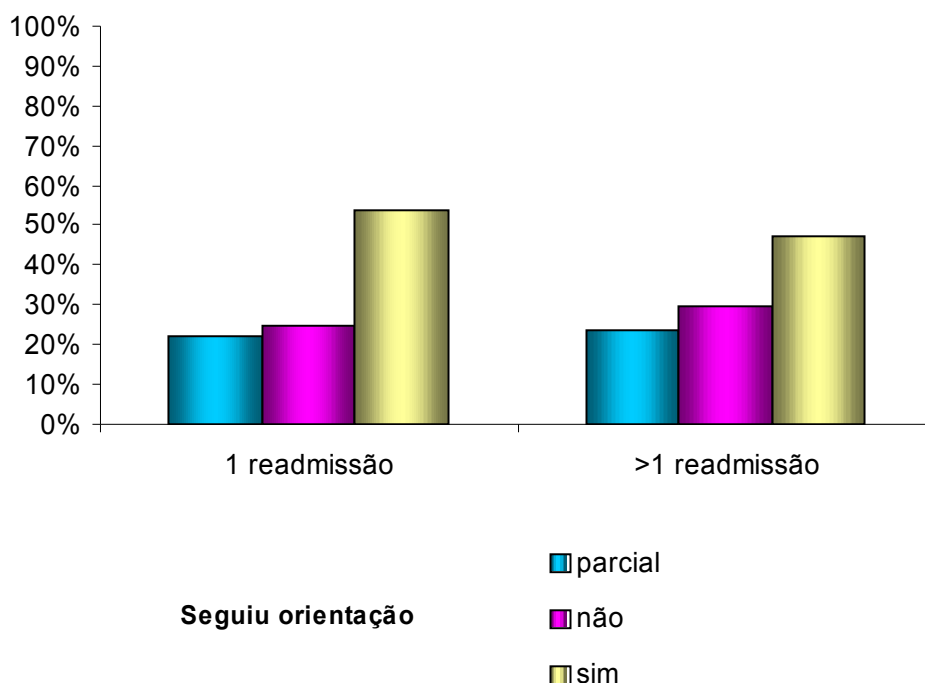


Figura 8. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o seguimento das orientações e o número de readmissões. São Paulo, Maio de 2004.

Entre os pacientes estudados, seis (85,7%) consideraram a “Linguagem Difícil” como motivo da dificuldade de compreensão das orientações, e um (14,3%) referiu a “pouca comunicação do Médico” como problema.

Como motivo do não seguimento das orientações recebidas, nove entrevistados (32,1%) referiram não acreditar no tratamento, seis (21,4%) citaram que não entenderam o suficiente, cinco (17,9%) referiram consumir alimentação inadequada. Na mesma tabela, ainda, observou-se que três entrevistados não conseguiram medicação gratuita e outros dois relataram horários incompatíveis para o tratamento (Tabela 29).

Tabela 29. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, segundo o motivo do não seguimento das orientações recebidas. São Paulo, Maio de 2004.

Motivo	Nº	%
Não acredita no tratamento	9	32,1
Não entendeu as orientações	6	21,4
Alimentação inadequada	5	17,9
Não conseguiu obter medicação	3	10,7
Horários incompatíveis	2	7,1
Problemas financeiros	1	3,6
Não consegue engolir medicação	1	3,6
Não conseguiu obter transporte	1	3,6
TOTAL	28	100,0

A não resolução do problema percebida pelo entrevistado na admissão anterior foi elevada, sendo que 63 pacientes (75,9%) referiram que seu problema não foi resolvido.

Como motivo da não resolução do problema (Tabela 30), 48 pacientes (76,2%) referiram que continuaram com sintomas, após a alta hospitalar; cinco (7,9%) declararam que seus sintomas pioraram, três (4,8%) referiram a necessidade de cirurgia ou transplante para a resolução de seu problema; dois

(3,2%) relataram a própria cronicidade da doença como motivo, e outros três apresentaram outros motivos.

Tabela 30. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência, quanto ao motivo da não resolução de seu problema de saúde. São Paulo, Maio de 2004.

Motivo da Não resolução do problema	Nº	%
Continuou com Sintomas	48	76,2
Pioraram os Sintomas	5	7,9
Necessidade de Cirurgia ou transplante	3	4,8
Cronicidade da doença	2	3,2
Resistência do paciente ao tratamento	2	3,2
Tratamento ineficiente	1	1,6
Reincidência de queda da própria altura	1	1,6
Não opinou	1	1,6
TOTAL	63	100,0

De acordo com a Tabela 31, entre os pacientes que relataram que seu problema fora resolvido, 11 (57,9%) não souberam apontar o motivo da melhora, seis (31,6%) perceberam a solução pelo não aparecimento de sintomas, um (5,3%) atribuiu a melhora à Fisioterapia, e um (5,3%) referiu alta hospitalar sem dores.

Tabela 31. Distribuição dos pacientes readmitidos no Serviço de Emergência cuja percepção de resolução do problema foi positiva, segundo o motivo. São Paulo, Maio de 2004.

Motivo da Resolução do problema	Nº	%
Não opinou	11	57,9
Não apresentou mais sintomas	6	31,6
Começou tratamento de fisioterapia	1	5,3
Alta sem dores	1	5,3
TOTAL	19	100,0

5- DISCUSSÃO

A incidência de readmissões, neste estudo, foi considerada elevada (quase um quarto dos pacientes) e foi muito maior do que as médias do segundo semestre de 2003, mesmo considerando a ascensão dos índices nesse período. Ao mesmo tempo, o número de pacientes internados diminuiu em relação a 2003, o que pode ser explicado pela falta de critérios para internação no ano de 2003, diferente do ano de 2004, como explicitado na Casuística e Método. No ano de 2003, os pacientes poderiam ser considerados internados em qualquer momento e em qualquer circunstância, obedecendo somente ao interesse da equipe médica.

Com relação às faixas etárias, notou-se o predomínio de pacientes adultos e idosos, principalmente de 60 a 70 anos. Segundo o IBGE (1998), 53,4% dos pacientes que apresentaram mais de uma internação em 12 meses, no ano de 1998, tinham idade superior a 40 anos, sendo que destes, 57,9% eram mulheres e 42,1% homens. O inverso foi observado neste estudo, sendo que mais de 50% dos pacientes maiores de 40 anos eram do sexo masculino.

O conhecimento sobre faixa etária e sexo dos pacientes envolvidos é importante, nos estudos sobre

readmissões. Shipton (1996), em sua revisão sobre o assunto, Walsh (2004), estudando pacientes moradores de rua, e Jonathan (1999), idosos readmitidos, pontuam a idade avançada como um fator de risco para readmissões. Em nosso estudo, porém, não houve associação estatística importante entre a idade e o número de admissões entre os pacientes readmitidos ($p = 0,301$), houve somente relação entre idade avançada (> 65 anos) e a evolução do paciente readmitido para internação ou óbito ($p = 0,050$). Ashton et al (1995), estudando pacientes masculinos com doenças crônicas, também não encontraram diferença estatisticamente significativa entre idade, raça ou estado marital e pacientes readmitidos ou não readmitidos.

A idade avançada verificada na amostra do estudo foi responsável também pelo elevado número de aposentados, semelhante ao estudo de Alvarenga (2000), porém faltaram dados para avaliar a renda familiar. Mas o que chamou atenção foi o baixo número de pacientes com atividade remunerada, o que pode repercutir negativamente na adesão ao tratamento, visto que a maioria dos pacientes era portadora de uma afecção de base.

Os problemas financeiros também colaboram para a baixa adesão da população aos planos de saúde (saúde privada), os quais se mostram inviáveis para a população assalariada brasileira, aumentando cada vez mais a demanda no SUS. Neste estudo, quase a totalidade dos pacientes não possuía convênio médico, referindo como motivo a renda insuficiente. Alvarenga

(2000) cita ainda que, quando as famílias têm condições financeiras favoráveis, elas conseguem prover melhor assistência aos seus idosos dependentes, pois podem providenciar cuidados profissionais de enfermagem domiciliar.

O município de São Paulo, pelo processo de regionalização da atenção à saúde, está dividido em quatro Referências Universitárias, serviços com maior resolutividade e que absorvem a demanda da atenção primária à saúde e de sua área de abrangência. Lovalho (2004) afirma que este sistema de regionalização, em alguns municípios, está bem estruturado, e é bem gerido, mas em outros se encontra em fase de implantação ou ainda é tema de discussão de reuniões de planejamento.

O Serviço estudado é uma dessas referências, porém quase a metade dos pacientes da amostra não residiam na área de abrangência, o que demonstra a dificuldade das unidades hospitalares em planejar seus serviços de acordo com o modelo de regionalização proposto. Essa problemática decorre da atual situação de saúde brasileira, caracterizada pela precariedade e escassez de atendimento de saúde, o que acaba, por vezes, forçando a população a procurar serviços de atenção terciária à saúde, com a esperança de encontrar atendimento mais rápido e exames diagnósticos mais acurados.

Além da problemática da falta de obediência à regionalização, quase metade dos serviços de saúde que encaminharam pacientes para internação não fazia parte do

Sistema de Referência do Serviço estudado, mostrando uma dificuldade também na escolha do serviço para encaminhamento de pacientes para unidades de maior complexidade e uma má distribuição de vagas hospitalares no Município, o que contribui com efeito negativo na demanda de hospitais de atenção terciária à saúde.

A Qualidade do atendimento foi o maior motivo de escolha do serviço pelos entrevistados. Entretanto, Halal et al (1994), avaliando a qualidade da assistência primária à saúde, afirmam que, em geral, os pacientes mostram-se relutantes em expressar sua não satisfação com os serviços de saúde, e que vários fatores podem afetar a percepção dos pacientes, desde experiências prévias até o estado atual de saúde.

Em relação à análise da qualidade do cuidado como fator de risco para readmissões, a literatura é bastante divergente; Luthi et al (2004) colocam que as readmissões não estão associadas à qualidade do cuidado em pacientes com insuficiência cardíaca. Já Ashton et al (1995), estudando pacientes do sexo masculino com diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou insuficiência cardíaca, abordam que as readmissões precoces não planejadas estão associadas com a qualidade do cuidado durante a internação anterior, e Friedmann et al (2001) colocam que as readmissões podem ser indicadores de qualidade devido à assistência incompleta e planejamento inadequado de alta.

A atenção primária à saúde, desenvolvida pelo Programa Saúde da Família (PSF) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é importante ferramenta para a otimização do SUS. Conforme evidenciado, o PSF mostrou ser pouco conhecido pelos entrevistados. A maioria referiu não estar cadastrado no programa por total desconhecimento e por não saber como se cadastrar. Praticamente todas as Coordenadorias de Saúde de abrangência do local de moradia dos pacientes readmitidos possuíam equipes de PSF (SMS 2005). Pelos motivos apresentados pelos pacientes para a não participação no PSF, a adesão poderia ser melhorada com uma melhor divulgação do programa por parte das entidades governamentais.

Logicamente, se o PSF fosse mais efetivo na sua meta certamente contribuiria significativamente para o desafogamento dos serviços terciários, promovendo controle maior sobre as afecções da população mais carente. As equipes de PSF fariam um papel importantíssimo no atendimento da população estudada. A maioria dos pacientes readmitidos possuía uma afecção de base e a mortalidade foi elevada, necessitando um acompanhamento profissional freqüente e moldado às necessidades de cada paciente, além de um suporte técnico aos cuidadores e ajuda na adesão ao tratamento instituído. Antunes e Egry (2001) citam o PSF como a principal estratégia para solucionar os males da saúde pública, seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde, seja no setor de formação em saúde e na própria sociedade.

No entanto, o PSF por si só, como já dito anteriormente, não poderá ser responsável pela inversão total do modelo assistencial, cabendo outras estratégias auxiliares na atenção primária à saúde. As Unidades Básicas de Saúde também são ferramentas importantíssimas para essa estratégia.

Apesar de a maioria dos pacientes referirem já sido atendidos em UBS's próximas de suas residências, parece que não o fazem com frequência. Isso pode ocorrer devido ao desconhecimento sobre que tipo de atendimento as Unidades Básicas de Saúde prestam, inclusive seus objetivos.

Analisando-se as queixas apresentadas pelos pacientes deste estudo, notou-se que a maioria não seria totalmente resolvida pela UBS, porém esta, de certa forma, poderia fazer o encaminhamento para a atenção secundária ou terciária de saúde, de uma forma mais acertada do que pela demanda espontânea.

Rodriguez et al (2001) citam como causas da alta demanda dos Serviços de Emergência a insatisfação da população com a atenção recebida no nível primário, o alto poder de atração que exercem os Serviços de Emergência sobre a população, a qual considera-os como atenção segura, rápida e eficaz. Na mesma linha de pensamento, Alvarenga (2000) coloca que os usuários possuem a crença de que o hospital irá resolver

todos os problemas do paciente, e que essa imagem sobre a instituição pode ser decorrente do avanço tecnológico da medicina e do papel assistencialista dos serviços de saúde, que priorizam o atendimento secundário e terciário.

Lovalho (2004) também afirma que as principais razões para a não procura de um serviço de atenção primária e o uso abusivo dos serviços de emergência são: o incremento populacional que tem se verificado nos grandes centros urbanos, expondo os seus membros, que constituem, em sua maioria, uma população economicamente ativa, aos maiores fatores de risco; a maior rapidez e conveniência do uso da emergência; a falta de confiança nos serviços de atenção primária; a estruturação inadequada da rede; a falta de educação sanitária dos usuários e dos profissionais prestadores de serviços de saúde. O mesmo autor ainda comenta que o uso abusivo e inadequado dos serviços de emergência reflete uma organização precária do sistema básico de saúde onde são dispensados cuidados primários ao usuário.

Outro assunto relevante é o tempo de internação do paciente. Neste estudo, observou-se a ocorrência de pacientes internados nas dependências do Serviço de Emergência (Pronto Socorro Central), ou seja, todos permaneceram no mínimo 48 horas “internados” em leitos de observação e alguns permaneceram por quase 20 dias. A permanência desse paciente nas dependências do Serviço de Emergência, por falta de leitos nas unidades de internação, gera influência negativa na

demanda, consome mais recursos humanos e estruturais e prejudica o foco de atenção do atendimento à urgência. Neste estudo, observou-se que a maioria dos pacientes (92,4%) permaneceu até 14 dias. Portanto, seria melhor se a oferta de vagas de internação fosse suficiente para a demanda, permitindo que os pacientes permanecessem internados com maior conforto e por tempo suficiente para a terapia hospitalar.

Alguns estudos mostram que a alta precoce pode ser um fator de risco para readmissões, porém essa afirmativa ainda é controversa na literatura. Säynäjäkangas et al (2004) sustentam que os pacientes com alta hospitalar considerada precoce necessitam ser readmitidos mais cedo, e Tierney e Worth (1995) apontam a alta precoce como fator contribuinte para a readmissão não planejada, porém não foi demonstrada associação estatisticamente significativa entre as duas. Ainda nessa vertente, Crockett et al (2000) citam que episódios de internação maiores que sete dias aumentam a necessidade de readmissões, e associa o fato de que os pacientes tinham idade avançada e muitas complicações de saúde. Neste estudo, a idade avançada dos pacientes pode ter colaborado para o grande período de permanência nas dependências do Serviço de Emergência.

Em contrapartida, Shipton (1996) coloca que uma permanência no hospital por mais de 14 dias resultaria em readmissões subseqüentes. Moloney et al (2004) também encontram, em seus estudos, que o período de internação foi

mais longo para os pacientes readmitidos do que para os não readmitidos, sugerindo que as readmissões hospitalares não foram provocadas por alta precoce. Corbella et al (2004) estudaram, retrospectivamente, as internações de pacientes crônicos por curto período de tempo e as consideraram efetivas e seguras para um grupo seletivo de pacientes.

Entre os pacientes que conseguiram vagas nas Unidades de Internação, pouco mais da metade foi encaminhada para as Unidades de Clínica Cirúrgica, mostrando um equilíbrio entre pacientes sob a responsabilidade das equipes de Clínica Médica e Cirúrgica.

O intervalo entre as readmissões dos pacientes deste estudo foi em média semelhante ao do estudo de Douglas et al (2001), porém a amostra estudada era diferente. Säynäjäkangas et al (2004) citam que os intervalos entre as readmissões foram maiores para pacientes mais idosos. Neste estudo, porém, boa parte dos pacientes maiores de 60 anos permaneceram até 14 dias em sua residência, antes de serem readmitidos, o que descreve a dificuldade do paciente na manutenção de sua saúde após a alta hospitalar.

Quase a totalidade dos pacientes readmitidos possuía pelo menos uma afecção de base, com índices liderados pelas doenças do aparelho circulatório seguidas das neoplasias, muito semelhante ao perfil de causas de óbito e diagnósticos de internação da população brasileira (SMS 1999, MS 2001,

Rezende et al 2002). Analisando-se também as hipóteses diagnósticas dos pacientes readmitidos durante todas as admissões, observou-se também o predomínio das doenças cardiovasculares. Barreto e Carmo (1998) mostram o significativo aumento da participação das doenças crônico-degenerativas na composição da mortalidade, na segunda metade do século, o que deveria gerar a aplicação de estratégias de intervenção em saúde. Campanhas maciças de prevenção a algumas doenças crônicas e a adesão da população para padrões de vida mais saudáveis poderiam colaborar, de forma significativa, para a queda dos índices de doenças crônicas na população e diretamente para a diminuição da demanda nos serviços terciários de saúde.

Observando-se a relação entre as principais hipóteses diagnósticas das duas últimas admissões, notou-se que a maioria dos pacientes apresentou o mesmo diagnóstico, o que denota a dificuldade do paciente em controlar sua doença. Outro problema importante foi constatado com o elevado número de complicações, na maioria, cirúrgicas, como por exemplo, casos de trombose venosa profunda secundária à intervenção cirúrgica. Jimenez-Puente et al (2004) também encontraram como principal causa evitável de readmissão a complicação de procedimento cirúrgico. Marcantonio et al (1999) citam a complicação de um tratamento inicial como fator contribuinte para readmissões. Situações como essa poderiam ser evitadas pela prescrição de medicação e tratamentos preventivos para tromboembolismos, orientação durante a internação e na alta hospitalar, atenção

primária disponível ao paciente por meio do PSF e UBS de seu bairro e também pela sua adesão ao tratamento.

A gravidade da doença não foi detalhada neste estudo, porém Shipton (1996) coloca que 70% dos artigos estudados consideraram a gravidade da doença como fator estatisticamente significativa para readmissões hospitalares.

A mortalidade da população estudada foi considerada elevada (31,5%) comparada com a literatura. Friedmann et al (2001) encontraram mortalidade de 4,1%, Caplan et al (1998) 11,3%, e Villacorta et al (1998), 14%. O elevado índice de mortalidade encontrado pode ser explicado pelo grande número de idosos e pelo fato de quase um terço dos pacientes terem mais de três afecções de base e pelo número de pacientes oncológicos, demonstrando a fragilidade e necessidade de cuidados dessa população.

Caplan et al (1998), Chu e Pei (1999), Marcantonio et al (1999), Jonathan (1999) e Alvarenga (2000) apontam o número de patologias, os déficits funcionais e a debilidade dos pacientes como fatores de risco altamente significantes para as readmissões precoces. Portanto, considerando a população deste estudo como debilitada e com idade avançada, seria pertinente o desenvolvimento de ações preventivas e individualizadas para o auxílio e a manutenção de seu estado de saúde, por meio da atenção primária à saúde, planejamento e seguimento após a alta.

O Serviço de Emergência não deveria ter a característica de unidade de internação, e a sua equipe multiprofissional acaba se apresentando pouco preparada para essa função. A alta demanda e rotatividade de pacientes acaba prejudicando a assistência e seu planejamento individualizado por parte do enfermeiro, fazendo com que as orientações ao paciente e/ou responsáveis, durante sua permanência ou alta, sejam prestadas unicamente pelo médico.

Neste estudo, observou-se que, entre os pacientes que referiram ter recebido orientação na admissão anterior, quase a totalidade referiu tê-la recebido pelo médico, privando a função do enfermeiro como orientador e planejador da assistência. Entretanto, não foi possível identificar o motivo da centralização da orientação somente no profissional médico nesta instituição. A dificuldade pode ser imposta pela alta demanda, obrigando o enfermeiro a desenvolver apenas tarefas burocráticas, pela falta de preparo ou pelo receio por parte desses profissionais ou por política da instituição. Também não foi possível identificar se o paciente permaneceu internado no Serviço de Emergência ou Unidade de Internação na admissão anterior. A rotina da Unidade de Internação poderia ser favorável para as atividades de planejamento e orientação por parte do enfermeiro.

O enfermeiro, por sua formação, poderia colaborar, de forma marcante, no processo de orientação ao paciente e/ou responsáveis, já que quase todos os pacientes que referiram a

não compreensão das orientações, e apontaram a linguagem difícil como motivo principal. Lage (2002) coloca que a aplicação de um modelo educativo que atenda as necessidades específicas do aprendiz adulto possa auxiliar o desempenho competente do enfermeiro no cumprimento da sua tarefa como educador. Os baixos índices de escolaridade observados neste estudo também podem contribuir para a compreensão das orientações, fazendo com que a equipe multiprofissional se adapte a realizar a orientação de forma mais didática. O ideal seria não centralizar a orientação somente no enfermeiro, e sim envolver toda a equipe multiprofissional, cabendo a cada membro desenvolver estratégias de ação focadas em suas especialidades.

Marin (1999) coloca que a transferência do idoso do hospital para a sua residência é um momento de grande importância na sua condição de vida e o planejamento para a alta é um aspecto que deve integrar a assistência à pessoa idosa no hospital, envolvendo também o cuidador, podendo ser definido como um processo coordenado de atividades que envolve o cliente e profissionais da saúde que trabalham juntos, para facilitar a transição da assistência à saúde de uma instituição, agência ou indivíduo. A mesma autora ainda cita que o planejamento de alta deve ser visto como um processo em que as necessidades dos pacientes são identificadas e avaliadas e a assistência programada para preparar o paciente e/ou família para mover-se de uma posição passiva e receptora para uma posição ativa e de auto-responsabilidade.

O grande diferencial do cuidado domiciliar é a questão da humanização do atendimento tanto pelo ambiente, como pela interação com a família (Paskulin e Dias, 2002). A maior parte dos pacientes do estudo moravam com familiares, porém esse fato não garante que um desses familiares assuma o papel de cuidador. As dificuldades financeiras podem exigir que membros da família tenham que trabalhar, fazendo com que permaneçam cada vez menos em suas residências e não tenham tempo para cuidar do paciente. Outra dificuldade para o cuidado é quando o paciente mora sozinho, como observado em alguns pacientes deste estudo, e pode ser considerado fator de risco para readmissões (Tierney e Worth 1995, Chu e Pei 1999, Alvarenga 2000, Moloney 2004).

Logicamente, além do trabalho de orientação e da disponibilidade de cuidadores na residência, outro fator relevante é a adesão do paciente à terapêutica. Stromberg et al (1999) a definem como a extensão na qual o comportamento de uma pessoa (tomar medicação, seguir dietas ou executar outras mudanças no estilo de vida) coincide com as orientações médicas. Os mesmos autores citam como fatores que influenciam a adesão do paciente à terapêutica: fatores intrínsecos (personalidade do paciente, a gravidade da doença ou o próprio tratamento) e fatores extrínsecos (atividades sociais, relações sociais, relacionamento com os profissionais de saúde). A relevância da adesão à terapêutica é indiscutível, pois da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de

uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia (Leite e Vasconcellos 2003).

Neste estudo, de forma preocupante, quase a metade dos entrevistados que referiram ter compreendido as orientações recebidas não aderiu totalmente à terapêutica, prejudicando diretamente seus objetivos e podendo ser um fator de risco para readmissões. Um número considerável referiu como motivo não acreditar no tratamento ou por não entenderem suficientemente as orientações.

Ceccato et al (2004) afirmam que é necessário investir em estratégias que incrementem o número e a qualidade das orientações fornecidas aos pacientes, pois um nível insuficiente de compreensão pode contribuir para uma baixa adesão dos pacientes em tratamento. Rian (1999) coloca que fatores estatisticamente associados com alto risco de hospitalização devido à não adesão foram o esquecimento do regime medicamentoso, consulta com diferentes médicos, uso de várias medicações diferentes e a opinião de que medicações são caras.

A percepção de resolução do problema de saúde pelos entrevistados na internação anterior foi extremamente baixa, demonstrando insatisfação dos usuários após a alta hospitalar, sendo que a maioria referiu a continuidade dos sintomas como motivo, evidenciando novamente que o paciente

não consegue controlar sua doença e manter o objetivo do tratamento na residência.

Na visão dos entrevistados, a maior parte das causas das readmissões eram potencialmente evitáveis, estando relacionados com o cuidado propriamente dito e com as mudanças de hábito e estilo de vida do paciente. Pearson et al (2002) citam que, na visão de médicos de clínica geral e funcionários de hospital, os fatores que contribuem para as readmissões são: recaída ou complicação de doença inicial, problemas com cuidado, debilidade do paciente na alta hospitalar, entre outros. Outros fatores de risco também são pontuados como: alta precoce, morar sozinho, preparação para alta inadequada, número de patologias crônicas, mobilidade, fragilidade, idade acima de 80 anos, história de depressão, reação medicamentosa adversa, relações familiares, complicação de procedimento cirúrgico, falta de diagnóstico durante a internação, incontinência urinária ou fecal, disfagia, alimentação nasoenteral, proximidade do hospital (Silva e Stefanelli 1991, Tierney e Worth 1995, Goh e Tham 1996, Shipton 1996, Chu e Pei 1999, Jonathan 1999, Marcantonio et al 1999, Grant et al (1999), Cardin et al 2003, Clarke 2004, Jimenez-Puente et al 2004, Moloney et al 2004).

Os altos índices de readmissão verificados neste estudo denotam a urgência em estabelecer intervenções para a sua prevenção, de modo a diminuir a demanda no Serviço de Emergência e, dessa forma, facilitar a rotatividade e a qualidade

da assistência. Essas intervenções podem ser iniciadas durante a hospitalização e se estender à alta hospitalar e acompanhamento periódico na residência, sempre centradas na educação e capacitação do paciente e da família para o desempenho do cuidado no ambiente extra hospitalar.

Ações como a melhora da qualidade da assistência, orientação individualizada ao paciente e responsáveis, adesão ao tratamento, acompanhamento do paciente na residência pelas equipes de Programa de Saúde da Família, com apoio das Unidades Básicas de Saúde, entre outras, podem contribuir, de modo significativo, para a diminuição dos índices de readmissão e conseqüentemente a diminuição da demanda. A literatura internacional mostra-se favorável às intervenções para a diminuição dos índices de readmissão principalmente focando o acompanhamento freqüente após a alta hospitalar (Rich et al 1995, Capewell 1996, Blue et al 2001, Castro et al 2003, Cardin 2003, Guttman et al 2004).

A mobilização das entidades governamentais, de modo a aumentar os investimentos na área da saúde, tanto na atenção primária quanto no aumento do número de vagas, recursos humanos e recursos materiais em hospitais terciários, como também a orientação e adesão da população aos regimes de tratamento, iria contribuir para um atendimento de melhor qualidade a uma população cada vez mais idosa.

6- Conclusões

A problemática das readmissões é freqüente em nosso meio e contribui de forma significativa para o aumento da demanda nos Serviços de Emergência. Entretanto, na prática, as readmissões não podem isoladamente ser consideradas como indicadoras de qualidade da assistência.

A incidência de readmissões foi considerada elevada no mês de coleta, comparando-se com a literatura e também com o segundo semestre de 2003. Notou-se um aumento progressivo nos índices de readmissão, porém não foi possível pesquisar os índices durante todo o ano de 2004 para se caracterizar melhor esse aumento. Essa informação necessita de melhor investigação com relação ao critério de internação no Serviço de Emergência.

A população deste estudo foi caracterizada como maioria idosa, do sexo masculino, com baixa escolaridade e aposentada (idade ou invalidez), sem convênio médico, porém não foi explorada a renda familiar do paciente, o que poderia ter exposto outras dificuldades na continuidade do tratamento.

Cerca de metade da demanda espontânea era proveniente da área de abrangência do serviço (modelo de regionalização), porém mais da metade dos pacientes encaminhados por outros serviços de saúde não pertenciam à área de referência, o que denota a falta de adesão dos serviços

aos princípios da hierarquização e regionalização do SUS, ou também a um déficit no número de serviços para atendimento terciário nas Coordenadorias de Saúde.

Com relação aos serviços de atenção primária, a população estudada pouco os utilizou. A quase totalidade não era cadastrada no Programa de Saúde da Família e a maioria desconhecia a sua existência. A atenção primária à saúde poderia ter interferido, de modo significativo, nos índices de readmissão, visto o elevado número de idosos e com doenças crônicas. O PSF teria uma atuação efetiva por meio da assistência domiciliar.

O Serviço de Emergência estudado tinha alta demanda de pacientes que deveriam permanecer internados em Unidades de Internação, porém, devido à falta de vagas, a maioria permaneceu por até 10 dias nas instalações do Serviço de Emergência. A mortalidade dos pacientes foi considerada elevada, podendo ser devido à idade avançada e à própria afecção do paciente. O perfil de morbidade foi semelhante aos observados na literatura. Os resultados evidenciam a necessidade de aumento do número de leitos hospitalares para atender a população idosa com doenças crônico-degenerativas.

Um fato que chamou atenção foi o grande número de pacientes com complicações decorrentes da internação anterior, em sua maioria, por procedimentos cirúrgicos, o que poderia ser minimizado por melhor qualidade na assistência,

número suficiente de funcionários, orientação individualizada aos pacientes e responsáveis, adesão ao tratamento e acompanhamento na atenção primária à saúde. Os entrevistados referiram, na maioria, como fatores desencadeantes das readmissões causas potencialmente evitáveis, ou seja, passíveis de intervenções.

Grande parte dos entrevistados referiram ter compreendido as orientações, porém não as seguiram em sua totalidade o que pode ter sido influenciado pela baixa escolaridade e também por essa atividade ser centrada basicamente no profissional médico. O enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, poderia promover um planejamento e orientação mais individualizada a esse paciente e com melhores resultados. É importante considerar o grau de escolaridade do paciente, família e cuidador, de modo que as orientações sejam mais efetivas.

Como muitos pacientes apresentavam afecções classificadas no Capítulo IX do CID-10, é importante conscientizar a população da necessidade de aderir às medidas de prevenção e controle das doenças crônicas e também ao tratamento imposto. A capacitação dos serviços de atenção primária para o atendimento dessas afecções e a concretização de um programa de atenção voltado exclusivamente ao idoso são soluções consideráveis, logicamente dentro das limitações de resolutividade.

O baixo número de entrevistados com a percepção de resolução positiva de seu problema, na admissão anterior, mostrou a sua insatisfação no atendimento anterior, evidenciado pela continuidade ou até piora da situação de saúde.

Pelos resultados obtidos, pode-se presumir que os fatores possivelmente relacionados às readmissões são: evolução da doença crônico-degenerativa, idade avançada do paciente, baixo seguimento das orientações recebidas, complicações pós-operatórias, necessidade de cuidado domiciliar e a não resolução do problema de saúde na admissão anterior.

Como as variáveis de estudo não evidenciaram diferença estatística significativa em relação ao número de admissões dos pacientes readmitidos, caberia um estudo caso-controle para tentar elucidar melhor os fatores envolvidos na readmissão nos Serviços de Emergência.

7- Referências Bibliográficas

- Alves JG. Aspectos psicossociais do atendimento de emergências. J Bras Med 1992; 63(5/6).
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS; 2002.
- Lovalho AF. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. O mundo da saúde 2004; 28 (2): 160-171.
- Novaes HM. Ações integradas nos sistemas locais de saúde-silos. Uma análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo; Livraria Pioneira e Editora; 1990.
- Mello SB. Estrutura, funcionamento e planejamento de um Serviço de Emergência. Mom & Perspect Saúde 1990; 4(1/2): 27.
- Rodriguez JP, Sanchez ID, Rodriguez RP, Acosta AS. “Filtro sanitário” em lãs urgências médicas. Um problema a reajustar. Rev Cub Med 2001; 40(3):181-188.

- **Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília 1994.**
- **Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pub 2002, Rio de Janeiro 18(supl): 191-202.**
- **Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo, Abrasco 1998.**
- **Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [on line] Morbidade de demanda atendida em Unidades de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde – SP 1998. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude>>**
- **Trentini M, Silva DGV, Teixeira SA. Indivíduos em situação crônica de saúde motivos de hospitalização. Rev. Ciências da saúde 1990; 9(1):42-59.**
- **Silva MCP, Stefanelli MC. Estudo preliminar sobre os fatores que levam a reinternação de pacientes em hospitais psiquiátricos. Rev. Paul Enf 1991; 10(1): 21-28.**

- Marin MJS. Preparando o idoso para alta hospitalar. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
- Paim J S. Organização da Atenção para a Urgência / emergência. [textos didáticos] Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina; 1994.
- Brito FF, Marcellino I V, Forster A C, Simões B J G. Pronto-atendimento de adultos em serviço de saúde universitário: um estudo de avaliação. Rev Adm Pública 1998; 32(3): 47-64.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução 1451, de 10 de Março de 1995. Normas de para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro. Disponível em
<<http://www.cremesp.com.br/administra/deptos/def/doc/resolucaoCFM1451.95.doc>>
- Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. Rev Saúde Pública 1994; 28(2): 131-136.

- **Gonçalves RBM. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.**
- **Siméant S. Estudio de la capacidad resolutive de la demanda em atención de morbilidad a nível primário. Cuadernos medico-sociales 1983; 24(4): 156-184.**
- **Siméant S. Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nível primario, Chile, 1981. Bol Of Sanit Panam 1984; 97(2): 125-140.**
- **Madureira PR, Capitani EM, Campos GWS. Avaliação de qualidade da atenção a saúde na rede básica. Cad. Saúde pública 1989; 5(1):45-59.**
- **Turrini RNT. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.**
- **Veiga KCG. Iatrogenia de Enfermagem em unidade de emergência. [dissertação] Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1993.**

- Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomized controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 293-295.

- Yamada ATT, Castro CGJ, Almeida MF, Garbin W, Sá ENC, Gomes MC. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaquaquecetuba, relatório. São Paulo; Secretaria Estadual de Saúde 2002.

- Yamada ATT, Castro CGJ, Almeida MF, Nakazaki RMD, Garbin W, Sá ENC, Gomes MC. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Grajaú, relatório. São Paulo; Secretaria Estadual de Saúde 2001

- Castro CGJ, Almeida MF, Yamada ATT, Garbin W, Oliveira NA, Oliveira MS et al. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaim Paulista, relatório. São Paulo; Secretaria Estadual de Saúde 2002.

- Castro CGJ, Almeida MF, Cardoso MRL, Bertolino ME, Sá ENC, Gomes MC. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Pedreira, relatório. São Paulo; Secretaria Estadual de Saúde 2000.

- Lagoe RJ, Noetscher CM, Hohner VK, Schmidt GM. Analizing Hospital readmissions using statewide discharge databases. *J Nurs Care Qual* 1999; 13(6):57-67.

- Marcantonio ER, Mckean S, Goldfinger M, Kleefield S, Yurkofsky M, Brennan TA. Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a Medicare Managed Care Plan. Am J Med 1999; 107(1):13-17.

- Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? N Engl J Med 1996; 334(22):1441-7.

- Ministério da Saúde – Sistema de Informações hospitalares do SUS [on line] Gasto Médio por internações hospitalar no SUS 2000. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.Br>>

- Campos HS, Noronha MF. Hospitalização por Asma no Brasil. Prática Hospitalar 2001; 3(4): 7-14.

- Villacorta H, Rocha N, Cardoso R, Gaspar S, Maia ER, Bonates T et al. Evolução intra-hospitalar e seguimento pós alta de pacientes idosos atendidos com Insuficiência Cardíaca Congestiva na Unidade de Emergência. Arq Bras Cardiol 1998; 70(3): 167-171.

- Madeira LM, Egry EY, Santos NCP. Reinternação pediátrica: conhecendo a magnitude do problema. Rev Bras Enferm Brasília 1996; 49(4): 531-548.

- Chu LW, Pei CKW. Risk factors for early emergency readmission in elderly medical patients. *Gerontology* 1999; 45(4):220-226.
- Alvarenga MRM. Perfil das reinternações de idosos e a percepção da enfermagem sobre a organização da alta hospitalar. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
- Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(3).
- Shipton S. Risk factors associated with multiple hospital readmissions. *Home Care Provider* 1996; 1(2):83-85.
- Goeman DP, Aroni RA, Sawyer SM, Stewart K, Thien FCK, Abramson MJ et al. Back for more: a qualitative study of emergency department reattendance for asthma. *MJA* 2004; 180(3):113-117.
- Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with Congestive Heart Failure. *The New England Journal of Medicine* 1995; 333(18): 1190-1195.

- Jiménez-Puente A, Gómez-Aracena J, Hidalgo-Rojas L, Lorenzo-Nogueiras L, Milla-López EP, Fernández-Crehuet-Navajas J. Readmission rate as na indicator of hospital performance: the case os Spain. *Int. J. Tech Assesm in health care* 2004; 20(3):385-391.

- Luthi JC, Burnand B, McClellan WM, Pitts SR, Flanders WD. Is readmission to hospital na indicator of poor process of care for patients with heart failure? *Qual Safe Health care* 2004; 13(1):46-51.

- Moloney ED, Bennett K, Silke B. Patient and disease profile of emergency medical readmissions to na Irish teaching hospital. *Postgrad Med J* 2004; 80:470-474.

- Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tselios C et al. Intevention to decrease emergency department crowding: does it have na effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003; 41(2):173-185.

- Riggs JE, Davis SM, Hobbs GR, Paulson DJ, Chinnis AS, Heilman PL. Association between early returns and frequent ED visits at a Rural Academic Medical Center. *Am J Emerg Med* 2003; 21(1):30-31.

- Peres K, Rainfray M, Perrié N, EDmeriau JP, Chêne G, Barberger-Gateau P. Incidence, risk factors and adequation of early readmission among elderly. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2002; 50(2):109-119.
- Pearson B, Skelly R, Wileman D, Masud T. Unplanned readmission to hospital: a comparison of the views of general practitioners and hospital staff. *British Geriatrics Society* 2002; 31:141-143.
- Friedmann PD, Jin L, Karrison TG, Hayley DC, Mulliken R walter J et al. Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. *Am J Emerg Med* 2001; 19:125-129.
- Douglas SL, Daly BJ, Brennan PF, Gordon NH, Uthis P. Hospital readmission among long-term ventilator patients. *Chest* 2001; 120(4):1278-9.
- Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL. Recently discharged inpatients as a source of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2001; 8(11):1091-1094.
- Caplan GA, Brown A, Croker WD, Doolan J. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department – the DEED study. *Age and Ageing* 1998; 27:697-702.

- Tierney AJ, Worth A. Readmission of elderly patients to hospital. *Age and Ageing* 1995; 24(2):163-4.
- Organização Mundial da Saúde. CID-10. Tradução Cento Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9ª ed ver. Editora da Universidade da São Paulo, 2003.
- Walsh N. Lower readmission rates: respite care for homeless may lead to better outcomes. *Int Med News* 2004; 37(8):92.
- Jonathan B. Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years and older in a Medicare managed care plan. *ANNA J* 1999; 26(6):605.
- Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, Wray NP, Wu L. The association between the quality of inpatient care and early readmission. *Ann Intern Med* 1995; 122(6):415-421.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [on line] Programa Saúde da Família – SP 2005. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/sistema/bin/pg_dinamica.php
- Antunes MJM, Egry EY. O programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enf* 2001; 54(1):98-107.

- Säynäjäkangas O, Kinnunen T, Tuuponen T, Keistinen T. Length of stay and interval to readmission in emergency hospital treatment of COPD. *Age and Ageing* 2004; 33(6):567-570.

- Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. Na association between length of stay and co-morbidity in chronic airway limitation. *Int J Quality Health Care* 2000; 12:41-46.

- Corbella X, Salazar A, Juan A, Garcia L. Effectiveness and safety of na Emergency Department Shot-Stay Unit as na alternative to standart inpatient hospitalization. *Ann Emerg Med* 2004; 44(supl 4):41.

- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS). Alguns aspectos da mortalidade no Município de São Paulo em 1998. Programa de aprimoramento das informações de mortalidade no Município de São Paulo 1999.

- Brasil. Ministério da Saúde [on line] Anuário estatístico de saúde do Brasil: 2001. disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/morb/Mmorb18.3a.cfm>>

- Rezende NO, Yamada PM, Ruiz T. Perfil demográfico e de morbidade da população idosa atendida nas dependências do pronto socorro, ambulatórios e enfermarias no HC-Unesp em 1997. *Rev Bras Med* 2002; 59(3):154-160.
- Barreto ML, Carmo EH. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. *Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo. Abrasco 1998.
- Lage OC. Preparo para a alta pós-cirúrgica: resultados da ação andragógica observados durante visita domiciliar. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.
- Paskulin LMG, Dias VRFG. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. *Rev Bras Enf* 2002; 55(2):140-145.
- Strömberg A, Broström A, Dahlström U, Fridlund B, Linköping, Halmstad et al. Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis. *Heart & Lung* 1999; 28(5):334-341.
- Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(3):775-782.

- Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5):1388-1397.

- Ryan AA. Medication compliance and older people: a review of the literature. *Inter J Nurs Studies* 1999; 36(2):153-162.

- Goh SH, Tham AH. Unplanned returns to the Accident and Emergency Department – why do they come back? *Ann Acad Med Singapore* 1996; 25(4):541-546.

- Grant RW, Charlebois ED, Wachter RM. Risk factors for early hospital readmission in patients with AIDS and pneumonia. *J Gener Inter Med* 1999; 14(9):531-536.

- Clarke A. Readmission to hospital: a measure of quality or outcome? The value of readmission to hospital as a quality indicator is still debatable. *Qual Safe Health Care* 2004; 13(1):10.

- Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. *BMJ* 1996; 312:991-992.

- Blue L, Lang E, McMurray JJ. A specialist nurse intervention reduced readmissions in patients admitted to hospital with chronic heart failure. *BMJ* 2001; 323:715-718.

- Castro M, Zimmermann NA, Crocker S, Bradley J, Leven C, Schechtman KB. Asthma intervention program prevents readmissions in high healthcare users. Am J Respir Crit Care Med 2003; 168:1095-1099.

- Guttman A, Afilalo M, Guttman R, Colacone A, Robitaille C, Lang E et al. Na Emergency Department-Based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? Soc Acad Emerg Med 2004; 11(12):1318-1327.

8- Anexos

ANEXO I

São Paulo, 24 de Novembro de 2003

A/C:

Enf^a M. O. P. S./ Diretoria de Enfermagem da Instituição

Eu, Rangel Bíscaro Valera, Enfermeiro, portador do RG XXXXXXXX-X, CPF XXXXXXXX-XX, Coren XXXXX, residente a Rua XXXXXXXXXXXX bairro XXXXXXXX, CEP XXXXXXXX, telefone XXXXXXXX, venho por meio desta solicitar a vossa permissão para a realização de um estudo para a obtenção do título de Mestre pela USP (Universidade de São Paulo), utilizando como campo para a coleta de dados o Serviço de Pronto Socorro da SCMSp. Tal estudo tem como título: “Caracterização das Readmissões de Pacientes em um Serviço de Emergência”, e tem como objetivos principais compreender a dinâmica das readmissões identificando medidas passíveis para evitar a reinternação; identificar a frequência das readmissões com relação ao número total de admissões no Serviço de Emergência; descrever o perfil sócio demográfico e de morbidade dessa população; identificar o motivo das readmissões referidas e identificadas na ficha de pronto socorro; identificar o critério para escolha do serviço de saúde; analisar a resolutividade do serviço de emergência. Os dados para o estudo serão coletados do prontuário do paciente e por entrevista do mesmo. Será mantido sigilo do nome do hospital, se for o desejo da Instituição, e será apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à clientela entrevistada. Ponho-me a disposição para maiores detalhes do estudo a ser realizado a qualquer momento e, ciente da sua compreensão, agradeço a oportunidade.

Rangel Bíscaro Valera

ANEXO II



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 APROVADO PELA CONEP/MS EM 30/04/97-REF: CNS/CARTA 32 DOC.
 Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 Santa Cecília CEP 01277900 São Paulo -SP
 PABX (11) 32240122 Ramal: 6602 - Fax- Ramal: 6710 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

São Paulo, 19 de dezembro de 2003.

Projeto n°255/03
 Informe este número para identificar
 seu projeto no CEP

Ilmo. (a). Sr. (a).
Dr. (a) Rangel Biscaro Valera
 Diretoria de Enfermagem

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, reunido no dia **17/12/2003** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa:

“Caracterização das Readmissões de Pacientes em um Serviço de Emergência”, emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

- Aprovado inclusive o TCLE;**
- Com pendência** modificações ou informação relevante a serem atendidas em 60 dias (enviar as alterações em duas cópias);
- Retirado**, por não ser reapresentado no prazo determinado;
- Não aprovado:** e
- Aprovado inclusive o TCLE** (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS -CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.


 Prof. Dr. Daniel R. Muñoz
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
 ISCMSP

ANEXO III-a

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES E/OU
FAMILIARES**

Prezado (a) Senhor (a):

Venho por meio desta solicitar sua autorização para participação da pesquisa cujo título é “Caracterização das readmissões de pacientes em um Serviço de Emergência”, vinculada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, programa de Pós Graduação em nível Mestrado, realizada pelo Enfermeiro Rangel Bísvaro Valera.

O pesquisador pretende entrevistar pacientes e/ou familiares de pacientes que são readmitidos no mesmo serviço de emergência num período de seis meses, para conhecer os motivos da procura pelo serviço e desta forma identificando fatores que possam contribuir para a diminuição da demanda no Pronto Socorro. Os Objetivos Geral e Específicos são:

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e de morbidade dos pacientes readmitidos em um Serviço de Emergência;
- Caracterizar as readmissões em um Serviço de Emergência de um Hospital Filantrópico;
- Caracterizar a utilização do Serviço de Emergência;
- Identificar fatores relacionados às readmissões.

Sua participação neste estudo será voluntária e sua recusa ou interrupção poderá ser feita a qualquer momento, e não implicará em nenhum prejuízo ao seu atendimento. O anonimato de seus dados será assegurado de acordo com os princípios legais e éticos, e o autor se coloca à disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário. Agradeço a sua colaboração.

Autor do Projeto: Rangel Bísvaro Valera

Aluno do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP

ANEXO III-b**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PACIENTES E/OU FAMILIARES**

Eu, _____ declaro ter recebido informações sobre o projeto e forma de minha participação na pesquisa. Declaro que é de livre e espontânea vontade que participo da pesquisa e estou ciente de que posso interromper minha participação a qualquer momento. Estou ciente também de que os resultados poderão ser publicados e utilizados em estudos e publicações futuras, mantendo o anonimato.

São Paulo, ____ de _____ de 200__

Assinatura do paciente / familiar / responsável

ANEXO IV

Nº _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS(prontuário)

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Data da admissão atual: ___/___/___ Registro: _____

1) idade (anos): ___ anos

2) Sexo: () masculino () feminino

3) Número de internações neste Pronto Socorro no período de até 06 (seis) meses anterior à data da última admissão: _____ vezes

4) Data de alta da internação anterior: _____

5) Diagnósticos de alta das últimas internações (CID):

Atual (hipótese diagnóstica) _____

Última: _____ data de alta: _____

Penúltima: _____ data de alta: _____

Antepenúltima: _____ data de alta: _____

Outras: _____ data de alta: _____

6) Possui afecções de base?

() sim

() não

Quais? _____

7) Quanto tempo duraram as internações anteriores?

Última: _____ dias

Penúltima: _____ dias

Antepenúltima: _____ dias

Outras: _____ dias

8) Destino do paciente:

Alta em: ___/___/___

Internação em: ___/___/___

Unidade: _____

Óbito: ___/___/___

Observações: _____

_____**ANEXO V**

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

1) Informante:

- próprio paciente
 companheiro(a)
 filho
 familiar de 2º grau
 amigo
 cuidador
 outro _____

2) Com quem o paciente mora?

- família
 amigo
 cuidador
 sozinho
 outro _____

3) Escolaridade:

- não sabe ler e escrever
 sabe ler, mas sem escolaridade
 ensino fundamental incompleto
 ensino fundamental completo
 ensino médio incompleto
 ensino médio completo
 ensino superior incompleto
 ensino superior completo
 outro _____

4) Atividade remunerada:

- não
 aposentado por idade/tempo de serviço
 aposentado por invalidez
 sim Qual? _____

4) Possui convênio médico?

- não
 sim () qual? _____

5) Se não, por que?

- situação financeira prejudicada
 deficiência de informação
 não achou necessário
 outro _____

6) Qual o principal motivo dessa internação atual?

7) Por que o(a) Sr(a) acha que isto aconteceu?

8) Qual o motivo da escolha deste serviço?

encaminhado por outra instituição

Qual? _____

sugestão de seu médico

proximidade da residência ou trabalho

facilidade no acesso ao Serviço de Emergência

dificuldade de acesso a outros serviços

qualidade do serviço

insatisfação com os serviços primários de saúde

outros _____

9) No seu bairro tem Unidade Básica de Saúde?

sim

não

não sabe

10) Se sim, o paciente já procurou atendimento lá?

sim

não

não sabe

11) Se não procurou atendimento lá, por que não o fez?

deficiência de informações sobre o serviço

dificuldade no acesso

dificuldade estrutural do serviço

outro _____

12) Se procurou atendimento, o que achou?

excelente

bom

regular

ruim

indiferente

não sabe

Por

que? _____

13) O paciente está cadastrado no Programa Saúde da Família?

sim não não sabe

14) Se não, por que não está cadastrado?

- acha que não há PSF no seu bairro
 não quis se cadastrar. Por que? _____
 acha que há PSF no bairro mas não sabe como se cadastrar
 dificuldade de acesso
 outros _____

15)O que o(a) Sr(a) acha do atendimento neste serviço?

- excelente
 bom
 regular
 ruim
 indiferente
 não sabe

Por

que? _____

16)Por quais motivos o(a) Sr(a) ficou internado pela última vez neste serviço?

17)O Sr(a) acha que seu problema foi resolvido na internação anterior? (Considerando que o problema foi o mesmo)

- sim
 não
 por que? _____

18)O Sr(a) recebeu alguma orientação sobre sua doença durante a última internação?

- sim
 não
 não sabe/não lembra

19)Se sim, de quem recebeu orientação?

- médico
 equipe de Enfermagem
 não sabe/não lembra
 outro _____

20) tipo de orientações recebeu?

- sobre a medicação

- sobre a doença
- sobre o tratamento
- sobre exames a fazer
- sobre encaminhamentos
- procurar um especialista
- mudança de hábitos
- outro _____

21) O Sr(a) compreendeu as orientações?

- sim
- não
- não sabe/não lembra

21) Se não compreendeu, por que?

22) Se o Sr(a) compreendeu as orientações, as seguiu?

- sim
- não
- não sabe/não lembra

23) Por que não as seguiu?

- não teve sintomas
- não achou necessário
- esqueceu de tomar a medicação
- teve efeitos colaterais ou complicações
- tratamento caro
- tratamento não fazia efeito
- falta de cuidador
- falta de tempo
- outro _____