

## ESTUDO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA COM ENFOQUE DEMOGRÁFICO- EPIDEMIOLÓGICO EM HOSPITAL PÚBLICO

### STUDY OF URGENCY ADMISSIONS FOCUSING ON DEMOGRAPHIC-EPIDEMIOLOGY IN A PUBLIC HOSPITAL

### ESTUDIO DE LAS INTERNACIONES DE URGENCIA CON ENFOQUE DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN HOSPITAL PÚBLICO

FERNANDA DE PAULA ROSSINI<sup>1</sup>

CLARICE APARECIDA FERRAZ<sup>2</sup>

*Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo com foco em análise de dados secundários, com objetivo de caracterizar o perfil sócio demográfico e de morbidade dos pacientes internados na especialidade de clínica médica de uma instituição de ensino hospitalar pública, responsável pela atenção de urgência/emergência de alta complexidade, no período de novembro de 1999 a 2005. Os resultados revelam que com a alteração do fluxo de entrada de pacientes o número de internação diminuiu gradativamente. O número de idosos obteve percentual superior a 40% atingindo em 2000, 48,3% com redução em 2004 e 2005. O diagnóstico principal predominante dos pacientes foi doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo. Nota-se no decorrer dos anos aumento no percentual de pacientes com diagnósticos de neoplasias, doenças do sangue, dos órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários e, dos casos de lesões, envenenamento e outras causas externas.*

**DESCRITORES:** Epidemiologia; Demografia; Gestão em saúde; Avaliação em saúde.

*This is an exploratory, retrospective study focused on secondary data analysis. The purpose is to characterize the socio-demographic profile and morbidity of patients admitted, from November 1999 to 2005, in the internal medicine ward of a public teaching hospital institution, responsible for high complexity urgency/emergency care. Results show that the change in patient admission flow caused a gradual reduction in hospitalizations. The number of elderly patients was above 40%. It reached 48.3% in 2000, and there was a reduction in 2004 and 2005. The main diagnosis included circulatory system diseases, respiratory diseases, infectious and parasitic diseases, as well as digestive system diseases. It was observed that there is an increase in the percentage of patients with diagnosis of neoplasia, blood diseases, hematopoietic organ diseases, immunity disorders, and cases of injuries. There were also cases of poisoning, and other external causes.*

**DESCRIPTORS:** Epidemiology. Demography. Hospital management. Health Evaluation.

*Se trata de un estudio exploratorio, retrospectivo focalizado en el análisis de datos secundarios, con el objetivo de caracterizar el perfil socio demográfico y de morbilidad de los pacientes internados en la especialidad de clínica médica de una institución de enseñanza hospitalaria pública, responsable por la atención de urgencia/emergencia de alta complejidad, en el período entre noviembre de 1999 hasta el año 2005. Los resultados revelan que con la alteración del flujo de entrada de pacientes, el número de internaciones disminuyó gradualmente. El número de ancianos obtuvo un porcentaje superior al 40%, alcanzando en el año 2000 el 48,3%, con reducción en el 2004 y el 2005. El diagnóstico principal predominante de los pacientes fue: enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades infecciosas y parasitarias, y enfermedades del aparato digestivo. Se observa en el transcurso de los años aumento en el porcentaje de pacientes con diagnósticos de neoplasias, enfermedades de la sangre, de los órganos hematopoyéticos y trastornos inmunitarios, y de los casos de lesiones, envenenamiento y otras causas externas.*

**DESCRIPTORES:** Epidemiología; Demografía; Gestión en salud; Evaluación em salud.

<sup>1</sup> Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Especialista em Prevenção e Controle Infecção em Serviços de Saúde. Correspondência: Rua José Mathews dos Reis, 64 apto 31, Parque Bandeirantes, CEP: 14090-410 – Ribeirão Preto-SP/Brasil. E-mail: ferpaularossini@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Livre-docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Brasil. E-mail: clarice.ferraz@saude.gov.br

## INTRODUÇÃO

Estudos têm demonstrado a importância de se compreender o processo de transição demográfica para a gestão de serviços de saúde. Esta variável impacta na reorganização hospitalar, sendo o envelhecimento apontado como elemento que favorece a ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, que em determinados momentos requerem internação, o que reflete no consumo de serviços hospitalares.

A transição demográfica é demarcada quando ocorre queda da mortalidade, principalmente por situações evitáveis associada à diminuição da taxa de fecundidade com efeito sobre a estrutura etária da população<sup>(1)</sup>. No Brasil, esse fenômeno inicia-se em 1940 com o controle das doenças infecciosas e parasitárias e consolida-se em 1960 com a queda da fecundidade<sup>(1-2)</sup>. A população de 65 anos e mais demanda até quatro vezes mais internações que a média populacional<sup>(3)</sup>.

Outros estudos revelam que nesse contexto de transição epidemiológica está ocorrendo o controle das doenças de natureza infecciosa e aumento das neoplásicas juntamente com as demandas por causas externas<sup>(4)</sup>. Entretanto não se pode negar a presença das doenças re-emergentes como a tuberculose, dengue e o cólera somado às enfermidades da atualidade como a AIDS, hantavirose, doenças espongiforme humana, além de bactérias ultra-resistentes a antibióticos<sup>(5)</sup>.

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

O estudo do perfil demográfico e epidemiológico de uma clientela internada também contribui para o delineamento de planos de ações de saúde e de enfermagem, cabendo destacar que as co-morbidades, a faixa etária de 60 anos ou mais, o rebaixamento do grau de instrução implicam em um maior número de fatores de risco à saúde, exigindo direcionalidade na atuação dos gestores e profissionais de saúde.

## CONTEXTO DO ESTUDO

No que se refere ao hospital de estudo, o mês de maio de 1999, marcou o início de um processo de reforma político-administrativa desencadeada pelo coordenador da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UEHCRP-USP) nomeado para o quadriênio 1999-2003. Na época foi instalado um grupo de trabalho para traçar um diagnóstico organizacional, o qual constatou que o ambiente hospitalar não oferecia condições de trabalho, destacando as precariedades arquiteturais, de recursos tecnológicos e materiais e, as insuficiências do quadro de recursos humanos<sup>(6)</sup>.

A reforma político-administrativa instaurada em 2000 colocou ênfase na gestão colegiada conformando grupos de gestão multiprofissional, segundo a delimitação de espaço físico e de atendimento de acordo com as características epidemiológicas e clínicas. Apostou-se na superação da cultura instituída e ao longo dos anos, sendo possível presenciar conquistas na qualidade do atendimento<sup>(6)</sup>.

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

A CURM é um órgão técnico e normativo, pertencente à Comissão de Intergestores Regional – CIR, a quem compete organizar o fluxo de atendimento das urgências e emergências de forma a atender as diretrizes de regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), o que trouxe impacto no quadro de internações de urgência no que tange ao perfil demográfico e de morbidade. Em termos operacionais houve uma reorganização do fluxo de encaminhamentos de casos de urgência para a UEHCRP-USP e para os hospitais conveniados ao SUS, respeitando graus de complexidades, capacidades resolutivas e número de leitos disponíveis<sup>(7)</sup>.

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

Aos poucos, com base nos diagnósticos organizacionais feitos internamente pelos colegiados da gestão e, externamente pela CURM, a organização arquitetônica e tecnológica do hospital foi se adaptando às novas necessidades considerando a alta complexidade das internações.

A qualificação da estrutura física foi realizada mediante apoio do Projeto Reforsus, subsidiado pelo Governo Federal, o que foi fundamental para a UEHCRP-USP uma vez que com os investimentos foram realizadas readequações arquitetônicas, tecnológicas e organizacionais, cabendo ressaltar que de 15 leitos existentes para pacientes críticos em 1999, passou para 34 no ano de 2000, o que representou um incremento de mais de 100%<sup>(7)</sup>. Assim estruturalmente os espaços físicos foram reformados em busca de uma melhor adequação do antigo prédio à nova realidade assistencial<sup>(8)</sup>, e outros espaços foram criados tendo em vista as exigências de cuidados de maior complexidade e densidade tecnológica considerando os atuais perfis demográficos e epidemiológicos.

Diante do exposto, temos como objetivo caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico das internações na especialidade de clínica médica de um hospital de urgência e emergência de alta complexidade, no período de 1999 a 2005, tendo em vista a mudança político-organizacional.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, retrospectivo com foco em análise de dados secundários, sendo estruturada com base em dados existentes no Sistema de Informação Gerencial Hospitalar – SIGH. O local de estudo foi o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-USP), fundado em 1956, como instituição pública estadual, de natureza autárquica, com características de ensino, assistência e pesquisa. Constitui-se como complexo hospitalar com inserção no SUS desde 1988 com duas unidades de atendimento, uma situada na área central do município de Ribeirão Preto-SP, denominada Unidade de Emergência, com oito consultórios, 42 leitos de observação e 158 leitos de internação. A outra unidade está localizada no Campus Universitário da USP, com área de ambulatorios, de diagnósticos médicos e de internação com 692 leitos.

Selecionamos a UEHCRP-USP como cenário da pesquisa, destacando sua missão organizacional circunscrita ao atendimento à urgência de alta complexidade tecnológica. Cabe destacar que o período de estudo guarda relação com as modificações instituídas no sistema de regulação das urgências e emergências, bem, como, com a reforma político-administrativa no hospital de estudo<sup>(6)</sup>.

O delineamento do período de estudo, 1999 a 2005, justifica-se por incluir a perspectiva de acompanhar a evolução das internações na UEHCRP-USP, especialidade de clínica médica mediante os marcos de transformação da regulação de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto-SP, bem como pelas mudanças organizacionais que ocorreram no hospital estudado.

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

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

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

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

- Variáveis demográficas: idade, sexo, estado civil, raça, grau de instrução;
- Variáveis epidemiológicas: diagnósticos principais e associados, segundo CID-10.

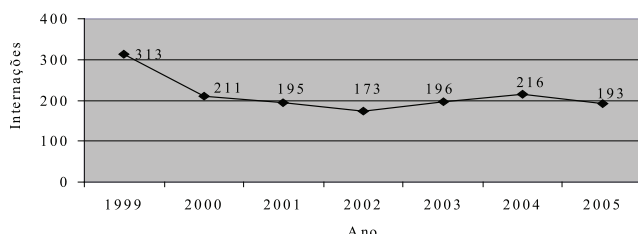
Este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos<sup>(9)</sup>, sendo dispensado da aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido uma vez que os dados foram coletados de registros hospitalares (Processo HCRP Nº 10035/2006).

## RESULTADOS

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

A população de estudo constituiu-se de todas as internações de pacientes adultos (acima de doze anos), na especialidade de clínica médica da UEHCRP-USP, no período de 1999 a 2005 totalizando 1.497 internações.

A apresentação dos resultados e a análise serão realizadas segundo o objetivo da pesquisa. A seguir, apresentamos um gráfico que permite visualizar o declínio numérico das internações ao longo do período.



**Figura 1** – Distribuição das internações na especialidade de clínica médica da unidade de emergência do HCRP-USP no mês de novembro. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

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

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

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

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

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

Observamos na Tabela 1 que o município de Ribeirão Preto participa com os maiores percentuais de internação no hospital de estudo com uma média no período de 66,4%. Todavia essa participação ao longo dos anos encontra-se em gradual declínio, apresentando o maior percentual, 70,6% das internações em 1999 e o menor de 58,7% em 2003. Percebemos que essa menor variação de internações de Ribeirão Preto-SP tem correspondência com o aumento de internações de outras cidades da DRS-XIII, alcançando o patamar de 35,7% em 2003.

As internações procedentes de outros municípios do estado de São Paulo fora do DRS XIII apresentaram diminuição no período 1999-2003 atingindo o menor índice em 2001, 2,5%. Os anos 2004 e 2005 apresentam percentuais superiores aos demais anos estudados, quais sejam, 6,9% e 5,2% respectivamente. O percentual de internações procedentes de outros estados é pequeno alcançando seu maior patamar em 2001, com 2,5%.

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

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

categoria casados obedecendo a variação no período de 33,2% a 46,8% seguido pela categoria solteiro com variação de 29,8% a 36%. Quanto à raça verifica-se predomínio da branca com um patamar superior a 70% em todos os anos estudados. O grau de instrução preponderante é o 1º grau também com percentuais superiores a 70%.

**Tabela 2** – Distribuição das Internações na Especialidade de Clínica Médica da Unidade de Emergência do HCRP-USP no Mês de Novembro Segundo Faixa Etária, Sexo, Estado Civil, Raça, Grau de Instrução e Ano. Ribeirão Preto-SP, 1999-2005

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

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

Para compor a caracterização do perfil epidemiológico das internações foram analisados os dados de diagnóstico principal por ocasião da alta hospitalar e categorizados segundo CID-10.

As doenças do aparelho circulatório participam do quantitativo de internações com o maior percentual em todos os anos estudados com uma média percentual de

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

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

Este estudo revelou que o grupo de diagnósticos associados mais prevalentes nas internações na especialidade de clínica médica integra as seguintes enfermidades: hipertensão essencial (primária), diabetes mellitus, doenças pelo HIV, seqüela de doenças cerebrovasculares, neoplasias, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e fumo, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca.

## DISCUSSÃO

Os dados relacionados a distribuição das internações podem ser compreendidos resgatando a história da

instituição que revela que no início de 1990, o HCRP-USP, integrou-se ao SUS e a UEHCRP-USP com seus 207 leitos, funcionando em regime de “porta aberta”, ou seja, com livre acesso à população sem limite de área de abrangência. Nessas condições o hospital enfrentou períodos críticos, com taxas de ocupação acima de 120% superando sua capacidade organizacional<sup>(7)</sup>.

A população de abrangência municipal e regional reconhecia a UEHCRP-USP como centro avançado de cuidados com capacidade tecnológica e humana, demandando alto número de atendimentos em função do cumprimento de sua responsabilidade social, o que incidia em altas taxas de ocupação de seus leitos principalmente de clínica médica (165% em janeiro de 1999) e neurologia (153% em abril 1999)<sup>(8)</sup>.

A UEHCRP-USP era vítima de um velho modelo tradicional de atenção à saúde, com assistência centrada nos serviços hospitalares, bem como, pela falta de organização do SUS municipal, recém criado<sup>(7)</sup>, sendo necessário, naquele momento, estruturar o acesso de pacientes segundo o conceito de complexidade tecnológica em urgência e emergência.

Com a reordenação do fluxo de pacientes, os casos clínicos e traumáticos de baixa e média complexidades são desviados para atendimentos em unidades básicas e distritais de saúde, bem como aos hospitais de atenção secundária, restringindo-se à UEHCRP-USP aqueles que demandam atenção de nível terciário e com alta probabilidade de internação<sup>(6)</sup>, o que se traduziu em melhoria sensível da qualidade do atendimento<sup>(8)</sup>.

Em termos de gestão, o município sede que recebe pacientes de outros municípios deve estar na lógica da Programação Pactuada e Integrada – PPI, que trata de instrumento de gestão “onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para a garantia do acesso da população aos serviços de saúde<sup>(10)</sup>. Todavia a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP não conseguiu pactuar, o que significa em termos operacionais que provavelmente a diminuição das internações do município de Ribeirão Preto-SP segundo encaminhamentos realizados pela CURM e o aumento das internações procedentes de outros municípios para a

UEHCRP-USP, não seguiram acordos pactuados, podendo existir uma competição maior dos municípios da região para não arcarem com financiamentos. É provável que um número maior de internações do município de Ribeirão Preto estejam sendo realizadas na rede hospitalar privada conveniada.

O percentual de internações procedentes de outros estados é pequeno alcançando seu maior patamar em 2001, com 2,5% cumprindo a expectativa de que a regulação de acesso de urgência e emergência transcorra dentro das áreas dos departamentos regionais de saúde e, somente os casos que requeiram alta densidade tecnológica e de especialização médica sejam encaminhados depois de regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade<sup>(11)</sup>.

No ano de 2000, como já relatamos o hospital de estudo inicia sua reorganização interna buscando implantar uma gestão de qualidade, o que mobilizou e aglutinou as equipes de trabalho para darem respostas coletivas à funcionalidade do ambiente, responsabilizando-se pela elaboração de regras de ocupação física. Essa aproximação coletiva em torno de um dado objetivo ao mobilizar para o diálogo também possibilitou realizar revisões das práticas institucionais, articulando aspectos subjetivos do trabalho fortalecendo uma cultura de solidariedade entre profissionais e para com os pacientes e familiares<sup>(6)</sup>.

Das variáveis estudadas, a análise da estrutura etária das internações é a que tem maior implicação na gestão organizacional hospitalar considerando que determinadas faixas etárias implicam em enfermidades associadas, cuidados de enfermagem com maior grau de dependência. A Organização Panamericana de Saúde vem colocando em foco a faixa etária dos 60 anos e mais por favorecer a ocorrência de doenças crônicas e degenerativas<sup>(12)</sup>, bem como de ocorrências de situações adversas, tal como a infecção hospitalar<sup>(13)</sup>.

Nosso estudo revelou que, na especialidade de clínica médica, o número de internações de 60 anos ou mais, nos anos de 1999-2003 obteve percentual superior a 40%, atingindo em 2000, 48,3%. Esse dado está correlacionado à esperança de vida que aumentou quatro anos para homens e 6,8 anos para mulheres alcançando 53,7 anos em 1970. Entre esta data e 1991 o índice de envelhecimento

da população obteve um incremento superior a 100% e a esperança de vida ao nascer ultrapassou os 65 anos, sendo que a projeção para 2020 é de 75 anos<sup>(2)</sup>.

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

Todavia observamos também que em 2004 e 2005 houve declínio no percentual de internações, 35,5% e 34,8% respectivamente, na faixa etária de 60 anos e mais. Para entender esses dados retomamos o cenário do município de Ribeirão Preto-SP para a atenção hospitalar de urgência na especialidade de clínica médica. A população conta basicamente com dois hospitais, um público que é a UEHCRP-USP e outro privado conveniado ao SUS, sendo que no ano de 2004 ocorreram mudanças na gestão municipal de saúde e instalou-se um melhor monitoramento e distribuição das internações da especialidade de clínica médica na rede de atenção hospitalar, na tentativa de romper com a lógica precípua do faturamento segundo procedimentos tecnológicos.

Podemos notar em relação ao sexo que em quatro dos sete anos estudados predominaram internações de pacientes do sexo feminino 2000, 2003, 2004 e 2005, com percentuais acima de 50%. Segundo o IBGE o tempo de vida médio das mulheres permaneceu maior que o dos homens entre 2000 e 2007. Em 2000, a diferença da expectativa de vida entre homens (66,7 anos) e mulhe-

res (74,4 anos) era de 7,7 anos<sup>(14)</sup>. Sete anos depois, a pesquisa mostra que as mulheres vivem 7,5 anos a mais (76,5 anos) que os homens (69 anos)<sup>(15)</sup>. A feminização da velhice vem demandando atenção, no município de São Paulo-SP segundo estudo no qual para cada 100 homens existem 142 mulheres<sup>(12)</sup>.

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

Quanto à raça da população de estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os períodos analisados ao se comparar o percentual de pacientes pertencentes a cada um dos grupos raciais. Podemos constatar o predomínio da raça branca atingindo em 2001 um percentual de 77,9%, no entanto cabe ressaltar que a população sudestina é majoritariamente branca (58,8%). Nesta região, os negros e pardos compõem juntos 40,2% e os amarelos ou indígenas 1%<sup>(16)</sup>.

O grau de instrução predominante da população atendida no hospital de estudo em torno de 70%, é o primeiro grau sendo que em 2002, 22% não possuíam qualquer instrução. Destacamos o baixo percentual de pacientes com formação de nível superior, sendo que em 2001 essa camada social não contribuiu com a taxa de internação no período estudado. Nos hospitais públicos encontramos uma clientela constituída por pacientes carentes<sup>(17)</sup> e conseqüentemente com pouca escolaridade. No Brasil a taxa de alfabetização da população é de 87,1% e o total de analfabetos de 12,9%<sup>(16)</sup>.

A conformação epidemiológica desse estudo tem ressonância com a ideia de que no Brasil não vivenciamos a transição epidemiológica com as características presentes nos países desenvolvidos. A nossa realidade não é de transição, mas de superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e as crônico-degenerativas, esse padrão de morbidade se reflete no quadro de internações<sup>(18)</sup>.

Vários estudos confirmam a associação do perfil etário com necessidade de hospitalização. O Ministério da Saúde demonstra, analisando dados do Sistema de Informação Hospitalar SIH-SUS, que as internações concentram-se nas faixas etárias extremas e aumentam gradualmente após a quinta década de vida. Para as pessoas com 60 anos ou mais a taxa de internação hospitalar foi mais de duas vezes superior à verificada na faixa etária de 20-59 anos. Os dados referentes ao diagnóstico principal de pessoas idosas apontam para uma escala de causas de internação, em destaque as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo em ambos os sexos<sup>(18)</sup>.

Essas enfermidades representam o principal problema de saúde pública com tendência crescente e, se não houver motivações para engajamentos em promoção da saúde, os patamares de internação permanecerão nas primeiras posições, inclusive em unidades de urgência e emergência como mostra nosso estudo, considerando os eventos de agudização dessas doenças. A área de clínica médica da UEHCRP-USP mesmo após a instalação da CURM mantém taxas superiores a 100% de ocupação, salientando que a atenção nesta especialidade e ao idoso ainda não está equacionada em âmbito da DRS XIII, indicando ser esse um problema de gestão<sup>(19)</sup>.

A associação de diagnósticos é um fenômeno pouco estudado, porém já na década de 70 reconhecia-se que o aumento da vida média fazia com que adultos e idosos passassem a acumular doenças. Estudo demonstra que o diabetes está associado a uma série de outras doenças, entre elas as infecciosas, hipertensivas, isquêmicas do coração, cerebrovasculares, neoplásicas e outras doenças do sistema geniturinário<sup>(20)</sup>.

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



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

Esse recorte global dos resultados expõe os desafios técnicos do SUS quanto ao desenvolvimento de mecanismos para o aperfeiçoamento da sua gestão, requerendo ampliação do escopo da saúde pública para uma atuação de promoção e atenção integral à saúde que intensifique o monitoramento de usuários e populações com risco de adoecer, possibilitando-lhes estratégias de adesão a cuidados de saúde, acompanhamento da frequência às consultas médicas e de enfermagem, realização de *screenings*, bem como a oferta de outras ações que levem a aquisição positiva de patamares físico, mental, emocional, cultural e ambiental satisfatórios, conduzindo a uma boa qualidade de vida<sup>(21)</sup>.

Referenciamos que um modelo de atenção básica resolutivo, que leve em conta a abordagem anteriormente delineada pode contribuir para a diminuição das taxas de morbidade por doenças crônicas não transmissíveis e reduzir a incidência de processos de agudização naquelas pessoas já acometidas, o que evitaria internações e reinternações hospitalares. O propósito aqui colocado está em sintonia com um enfoque mais globalizante da vigilância epidemiológica cuja responsabilidade está na definição de perfis de saúde-doença em grupos populacionais, para auxiliar no processo de gestão do SUS<sup>(22)</sup>.

A faixa etária constitui-se em outra variável com forte influência na gestão do SUS. O envelhecimento produz impacto direto nos serviços de saúde, uma vez que o estado de redução da reserva dos diversos sistemas fisiológicos, resultante do efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas e abusos (tabagismo e alcoolismo) e desuso (sedentarismo), aumenta a susceptibilidade às doenças decorrentes de declínio da capacidade vital pulmonar e do fluxo sanguíneo<sup>(2)</sup>. O idoso deve ser objeto de avaliação multidimensional, envolvendo várias dimensões, multidisciplinar e interdisciplinar, capazes de avaliar sua capacidade biológica, psicossocial e funcional, objetivando desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento adequados<sup>(23)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após percorrer esse processo de investigação amplia nossa co-responsabilidade para a construção de uma visão contemporânea da administração em saúde, visão essa que considera a importância de se articular dados demográficos e epidemiológicos com a gestão do sistema de saúde, organização hospitalar e gerência de enfermagem.

Esse estudo sinaliza para a importância do fortalecimento de uma política regional, municipal de implementação da Política Nacional de Atenção Básica como diretriz de gestão do SUS, que poderá impactar no perfil demográfico e epidemiológico das internações em urgências clínicas, na medida em que os serviços de atenção básica implementem programas e atividades que priorizem as necessidades de saúde mais frequentes na comunidade local, considerando sua responsabilidade com uma atenção resolutiva.

## REFERÊNCIAS

1. Monteiro MFG. Transição Demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.189-204.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):184-200.
3. World Health Organization. The world report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
4. Goldbaum M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP. Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 1997. p. 63-80.
5. Neto GV, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12 (4):1-13.
6. Ferraz CA. Ensaio sobre a reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos e gestão. [Livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

7. Santos JS. Da Fundação do Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção Hospitalar às Urgências. *Med.* 2002;(35):403-18.
8. Lopes SLB. A implementação do sistema de atendimento móvel de urgência com regulação médica e o impacto sobre o perfil de gravidade das urgências não traumáticas tratadas no hospital universitário. [Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. [Internet] [citado 2007 out 3]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
11. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):127-41.
13. Villas Boas PJF, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):372-78.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa tábua da vida. [Internet] 2005 [citado 2007 set 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa tábua da vida. [Internet] 2007 [citado 2009 out 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados sobre população do Brasil: pesquisa nacional por amostra de domicílio. [Internet] 2006 [citado 2009 out 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
17. Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão de indicadores de qualidade. São Paulo: Medsi; 2001.
18. Loyola Filho AI, Matos DL, Afradique ME, Peixoto SV, Costa MFL. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serve Saúde.* 2004;13(4):229-38.
19. Santos JS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Med.* 2003;36:498-515.
20. Laurenti R. Causas múltiplas de morte. [Livre Docência]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1973.
21. Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(1suppl):28-42.
22. Barreto ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(1suppl):4-17.
23. Santos SSC, Feliciani AM, Silva BT. Perfil de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência: proposta de ações de Enfermagem/saúde. *Rev Rene.* 2007;8(3):26-33.

RECEBIDO: 27/05/2009

ACEITO: 23/11/2009