



ORIGINAL ARTICLE

FATE OF PATIENTS TREATED IN EMERGENCY DEPARTMENT NON-HOSPITAL
DESTINO DOS PACIENTES ATENDIDOS NUMA UNIDADE NÃO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA
DESTINO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD NO HOSPITALARIA DE EMERGENCIA

Yara Santos Oliveira¹, Larissa Chaves Pedreira², Virginia Ramos Dos Santos Souza Reis³

ABSTRACT

Objective: to identify the fate of critically ill patients admitted to a hospital unit is not an emergency. **Method:** this is a quantitative study documentary and retrospective. **Results:** among the patients involved in the study, 41.01% and 30.12% were defined in the same destination or the next date, respectively. The output of the unit was 68.1% with high medical, transferred 24.56% and 3.79% died. **Final considerations:** patients with high complexity remained for long periods, does not respect the hierarchy of the system and the unit meets the specification of the legislation that regulates acute resolving less complex and assisting the patient more complex to define the destination. **Descriptors:** nursing; emergency nursing; emergency medical Services; emergency treatment; prehospital care ; critical care; health policy.

RESUMO

Objetivo: identificar o destino dos pacientes graves admitidos numa unidade não hospitalar de emergência. **Método:** trata-se de um estudo documental quantitativo e retrospectivo. **Resultados:** dentre os pacientes relacionados no estudo, 41,01% e 30,12% obtiveram destino definido na mesma ou na data seguinte, respectivamente. A saída da unidade ocorreu 68,1% através de alta médica, 24,56% transferidos e 3,79% evoluíram para óbito. **Considerações finais:** pacientes de alta complexidade permaneceram por períodos longos, não respeitando a hierarquização do sistema, assim a unidade atende a especificação da legislação que a normatiza resolvendo quadros agudos de menor complexidade e assistindo o paciente de maior complexidade até a definição do destino deste. **Descritores:** enfermagem; enfermagem em emergência; tratamento de emergência; serviços médicos de emergência; assistência pré-hospitalar; cuidados críticos; política de saúde.

RESUMEN

Objetivo: identificar el destino de los pacientes graves admitidos en una unidad no hospitalaria de emergencia. **Métodos:** estudio cuantitativo documental y retrospectivo. **Resultados:** los datos fueron colectados en los históricos médicos de los pacientes atendidos, obedeciendo criterios de inclusión y exclusión. Entre los pacientes relacionados, 41,01% y 30,12% obtuvieron, respectivamente, destino definido en la misma fecha o en fecha siguiente. La salida de la unidad através de alta médica fue de un 68,1%, transferidos, 24,56 % y un 3,79% evolucionaron para óbito. **Consideraciones finales:** pacientes de alta complejidad permanecieron por largos períodos, no respetando la jerarquización del sistema. De este modo, la unidad atiende la especificación de la legislación que la normatiza, resolviendo cuadros agudos de menor complejidad, y asistiendo al paciente de mayor complejidad hasta la definición del destino de éste. **Descriptores:** enfermería; enfermería de urgencia; tratamiento de urgencia; servicios médicos de urgencia; atención prehospitalaria; cuidados intensivos; política de salud.

¹Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: lchavesp@ufba.br; ²Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: lchavesp@ufba.br; ³Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal da Bahia. Professora Substituta da Disciplina Clínica Cirúrgica II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: virginiaramosreis@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O crescimento da demanda por serviços de saúde e a insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência existentes para atendimento à população.¹

Dessa forma, os sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimentos às urgências e emergências, devem ser organizados com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalização do acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação dos recursos.² A intenção é que estes sistemas ordenem os atendimentos às emergências e urgências, garantindo acolhimento, resolução e estabilização dos quadros agudos e/ou graves.

A portaria Nº 2.048 do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Urgências, descreve as unidades não hospitalares de atendimento de emergência ou atendimento pré-hospitalar fixo, como unidades de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos-socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência.¹

Desta forma, o componente pré-hospitalar fixo deve, segundo esta portaria, num primeiro nível de atenção, prestar aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.¹

As ações de regulação devem garantir o direito à saúde, a universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade², ocorrendo mediante as Centrais de Regulação, sendo este o elemento ordenador e orientador dos sistemas de urgência e emergência, organizando a relação entre vários serviços e qualificando o fluxo dos pacientes.¹

Entretanto, observa-se, na prática, uma carência de leitos hospitalares que possam dar conta desse fluxo, além da demora da transferência para uma unidade hospitalar de

alta complexidade, o que acarreta em piora do quadro de muitos pacientes.

A carência de leitos de terapia intensiva é comum em todo o mundo. O Brasil, além de possuir um número insuficiente de leitos nestas unidades para atender a demanda existente, estes, muitas vezes, são ocupados por pacientes fora de possibilidades terapêuticas, o que contribui para aumentar ainda mais a carência.³

Assim, o sistema de regulação deve julgar e decidir sobre a gravidade do caso apresentado, disponibilizando os recursos para o atendimento, definindo e acionando o serviço de destino do paciente. A inexistência de vagas não deve barrar o encaminhamento para serviços de melhor hierarquia, conforme a legislação afirma.¹

Esse trabalho tem como objetivo identificar o destino dos pacientes graves admitidos numa unidade não hospitalar de emergência.

Na unidade escolhida para o estudo, frequentemente são admitidos pacientes com patologias graves com risco iminente de morte, onde são instituídos os cuidados emergenciais necessários e solicitada transferência para uma unidade de complexidade superior, para que estes possam realizar exames complementares e tratamento específico. Apesar da necessidade urgente de transferência - tendo em vista a gravidade e complexidade do paciente e a limitação estrutural da unidade referida - muitas vezes a vaga não é disponibilizada pela central de regulação, podendo ocorrer a evolução de pacientes para morte, por limitação dos recursos.

O atendimento prestado na emergência está relacionado ao grau de desenvolvimento e organização da sociedade, aspectos demográficos e culturais, estrutura e recursos governamentais. Ao planejar a assistência em situações de urgência e emergência, é necessário ter conhecimento do que, com qual gravidade, a quem se atende, quanto tempo é utilizado neste atendimento e o destino dos mesmos.⁴

MÉTODO

Estudo retrospectivo, transversal, documental, descritivo e quantitativo, que procurou observar, contar, descrever e classificar o destino de pacientes graves atendidos em uma unidade não hospitalar de emergência, a partir da predominância, incidência e tamanho de uma amostra.⁵

O loco do estudo foi uma unidade não hospitalar de atendimento de emergência. Os

Oliveira YS, Pedreira LC, Reis VRSS.

dados foram coletados do prontuário da clientela atendida entre os meses de janeiro a março de 2006. A coleta foi feita exclusivamente por meio da leitura dos prontuários e preenchimento de um instrumento de coleta de dados, do qual o banco de dados foi constituído. Os critérios de exclusão foram: menores de 13 anos, atendidos pela pediatria e pela cirurgia, além dos pacientes que chegaram à unidade em parada cardio-respiratória e não responderam às manobras de ressuscitação. Todos os outros foram incluídos.

Foram selecionados os prontuários dos pacientes que, após passarem pela triagem médica ou pela sala de urgências, foram encaminhados a um dos leitos de observação da unidade. Dos prontuários, foram extraídas as informações conforme check list baseado no *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28), índice de gravidade com classificação numérica relacionada com determinadas características apresentadas pelos pacientes, e que proporcionam meios para avaliar as probabilidades de morte e de morbidade resultantes de um quadro patológico, classificando a gravidade do paciente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem.⁶

De acordo com o TISS, os pacientes são classificados em:

- Classe I: fisiologicamente estáveis, requerendo observação profilática;
- Classe II: estáveis fisiologicamente, requerendo cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua;
- Classe III: graves e instáveis hemodinamicamente;
- Classe IV: indicação compulsória de internação em unidade de terapia intensiva, com assistência médica e de enfermagem contínua e especializada.

Neste estudo, devido às limitações estruturais do local de coleta, foi realizada também uma adaptação na faixa de pontuação no TISS-28 original, utilizando a regra de três simples para respeitar as proporções existentes originalmente. Assim, foram excluídos os seguintes itens devido a sua indisponibilidade: laboratório, pois o disponível na unidade não realiza investigação microbiológica, possuindo número limitado de exames bioquímicos; cuidados com drenos; cateter arterial periférico; monitorização do átrio esquerdo; via venosa central, pela indisponibilidade de realizar raio x de controle; técnicas de hemofiltração ou

Fate of patients treated in emergency department...

dialíticas; medida de pressão intracraniana; nutrição parenteral total e intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva.

Também no estudo, emergência foi definida como a presença de doenças ou lesões com risco de vida que exigem tratamento imediato, e urgências como doenças ou lesões menores que exigem tratamento de primeiros socorros, mas não imediatos.⁷

Os pacientes críticos e semi críticos são aqueles de alto risco, potencialmente instáveis, que necessitam de recursos humanos capacitados e suporte tecnológico que assegure ao mesmo tratamento digno e eficaz.⁸

Os dados foram analisados através da análise quantitativa descritiva após a confecção das tabelas no programa Excel®.

Foram considerados os aspectos éticos para obtermos acesso aos prontuários, considerando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde com envio do projeto e solicitação de autorização prévia à coordenação da unidade para a coleta de dados.⁹ Como se tratou de dados secundários, o projeto não foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa.

RESULTADOS

No período estudado, foram consultados 395 prontuários que atenderam aos critérios estabelecidos para o estudo. Dentre o período estudado, o mês que possuiu o maior número de pacientes em observação foi março com 43,03%, janeiro e fevereiro ficaram respectivamente com 28,86% e 28,10% dos atendimentos. Do total dos pacientes atendidos, 62,03 % foram classificados como Classe I, 30,89%, como Classe II, 4,81% como Classe III e 2,28% como Classe IV. A faixa etária que possuiu a maior frequência foi de 54 a 63 anos com 20,25% dos atendimentos. Já a faixa que registrou a menor frequência foi a de pacientes maiores de 84 anos com 5,82% dos atendimentos, as demais faixas etárias registraram frequências entre 8,35 a 17,72 %.

Da totalidade dos pacientes relacionados no estudo, 41,01% e 30,12% obtiveram destino definido na mesma ou na data seguinte, respectivamente. Do total, 9,11% só tiveram esta definição após quatro datas de permanência e 19,74% ficaram duas ou três datas na unidade. Saíram da unidade através de alta médica, 68,1%, de alta a pedido ou evasão, 3,54%; 24,55 % dos pacientes foram transferidos e 3,79% evoluíram para óbito.

Oliveira YS, Pedreira LC, Reis VRSS.

Dos pacientes Classe I, 47,76% tiveram a definição do destino no mesmo dia da admissão, 32,65% na data seguinte, 8,16% duas datas após a admissão; 5,31% nas três datas subsequentes e 6,12% permaneceram na unidade mais de quatro datas após a admissão aguardando definição do destino. Destes pacientes de menor gravidade, 74,29% saiu de alta médica, 4,49% deixaram a unidade pela alta a pedido ou evasão e 21,22% foram transferidos para continuidade terapêutica em outra unidade referenciada.

Em relação aos pacientes de Classe II, 27,05% definiram destino na data da admissão, 28,69% tiveram destino definido após 2 datas de permanência na unidade e 26,23% só obtiveram definição do seu destino 3 ou mais datas da chegada a unidade. Desse grupo, 67,21% obtiveram alta da unidade, 26,23% foram transferidos para continuidade terapêutica em unidades abertas, 2,46% para unidades fechadas e 1,64% evoluíram para óbito.

A classe III representou 4,81% do total estudado. Destes, 21,05% saíram de alta da unidade, 31,58% foram transferidos para unidades fechadas em centros de maior complexidade e 42,11% evoluíram para óbito. Quanto à definição do direcionamento dos pacientes, em 63,16% dos casos, esta ocorreu na mesma data ou seguinte, e em 36,85% após duas ou mais datas de permanência na unidade.

Em relação à Classe IV, que representou 2,27% do total estudado, apenas 11,11% saíram de alta, 55,56% evoluíram para óbito e 33,33% foram transferidos para unidades fechadas. A percentagem de pacientes que permaneceram na unidade uma, quatro ou mais datas aguardando definição do destino, foi de 3,33%, 22,22% ficaram duas datas até esta definição.

Dos pacientes que obtiveram classificação III e IV, a pontuação média, considerando o TISS-28 adaptado ao estudo, foi de 30,56 pontos. As idades variaram entre 16 e 96 anos, com idade média de 57,96 anos. Pacientes menores de 33 anos tiveram suas transferências registradas em menor tempo em relação aos maiores de 60 anos, que aguardaram mais tempo pela transferência. Assim, o período médio de permanência na unidade, foi de 3,15 dias. Incluindo os óbitos registrados, este representou 51,85% do total dos pacientes que estiveram em observação.

DISCUSSÃO

Estudos que descrevam o perfil dos atendimentos em unidades de emergências

Fate of patients treated in emergency department...

são escassos. Um trabalho que procurou analisar as variáveis relativas aos atendimentos realizados nessa unidade mostrou que o maior número de atendimentos foi da especialidade de clínica médica. Do total estudado, 78,96% dos atendimentos eram consultas seguidas de alta; 10,37% observação seguida de alta; apenas 7,49% dos pacientes atendidos precisavam de observação e subsequente internamento e 3,16% necessitaram de internação sem a necessidade de permanecer em observação anterior.⁴ Esse resultado corrobora com os de outras pesquisas que demonstram a alta demanda dessas unidades por baixa estruturação e resolutividade da rede básica, quando o usuário, ao ter sua necessidade reprimida, busca os serviços de emergência.¹⁰⁻¹

Nesse estudo, 40,01% e 30,12% dos pacientes atendidos tiveram alta no mesmo dia ou no dia seguinte à admissão, respectivamente. Esse resultado está diretamente relacionado à discussão acima, demonstrando essa relação com a avaliação Classe I da maioria dos pacientes. Sobre isso, estudos pontuam que é preciso esclarecer a população acerca das situações em que o serviço de emergência deve ser procurado, pois muitos o procuram por problemas que fogem do objetivo dessas unidades.

Dentre os pacientes mais graves (Classe III e Classe IV), percebe-se que a maioria evoluiu para óbito, antes de serem transferidos para uma unidade de maior complexidade, condizendo com o que refere a literatura sobre esse escore.⁶ A transferência dos que não foram a óbito, ocorreu em no máximo 2 dias, sendo esse valor aproximado para as duas Classes. Apesar desse trabalho não ter o objetivo de relacionar o óbito desses pacientes graves com a permanência na unidade, sabe-se que a proteção das vias aéreas e a manutenção de um estado hemodinâmico são cruciais para um prognóstico satisfatório e, muitas vezes, esses procedimentos só são feitos com efetividade em unidades de alta complexidade.

Dessa forma, pode-se afirmar que a demora da transferência de pacientes, em boas condições para tal, pode ter contribuído para o óbito, já que a unidade do estudo, apesar de garantir suporte ventilatório e hemodinâmico, estes são de baixa complexidade e limitados, não condizendo com as necessidades desses pacientes.

Um dado interessante demonstrado foi que, dos pacientes classes III e IV, que permaneceram na unidade aguardando transferência, houve uma inclinação para os

Oliveira YS, Pedreira LC, Reis VRSS.

idosos (51,85%). Estes permaneceram na unidade em média 3,14 dias e até sete dias aguardando transferência para unidade fechada. Sabe-se que, com o envelhecimento, ocorre aumento da morbidade e aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. A agudização destas pode levar muitos idosos à instabilidade e admissão nessas unidades. Esses idosos também tendem a entrar com um quadro mais grave, devido à limitação de suas reservas fisiológicas.

Além disso, dos pacientes que evoluíram para óbito na unidade, a maioria absoluta possuía mais de sessenta anos, permaneceram na unidade em média 2,8 dias, chegando até a 11 dias de permanência na mesma. Não foram registrados óbitos de pacientes menores de 44 anos, neste período. Sobre isso, infelizmente observa-se na prática e é relatada na literatura, uma desigualdade no uso e no acesso dessa faixa etária aos serviços de saúde. O idoso possui uma relação intensa com esses serviços, e muitas vezes se deparam com injustiças e inadequações que impactam em seu prognóstico e conseqüentemente na qualidade de vida.¹²

CONCLUSÃO

A realização deste estudo nos permitiu constatar que da totalidade dos pacientes atendidos a maioria significativa saiu de alta da unidade com quadro agudo melhorado, principalmente aqueles que receberam classificação de menor complexidade e esta definição ocorreu prioritariamente nas primeiras quarenta e oito horas de permanência na unidade.

Entre os pacientes que necessitavam de continuidade terapêutica em serviços com maior complexidade, os que possuíam classificação I e II foram os que conseguiram transferência com maior frequência, destes uma parte significativa (15,18%) permaneceu na unidade por mais de três dias aguardando definição do seu destino. Fato que não deveria ocorrer com esta frequência tendo em vista as características limitadas da unidade e a legislação vigente.

Percebe-se que a unidade atende a especificação da legislação que a normatiza, resolvendo quadros agudos de menor complexidade e assistindo o paciente de maior complexidade até a definição do destino terapêutico deste. Mas foi constatada a permanência de pacientes de alta complexidade por períodos longos, principalmente idosos. Demonstrando a fragilidade da rede assistencial existente e a carência de leitos de terapia intensiva, tendo

Fate of patients treated in emergency department...

em vista o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas associadas ao envelhecimento da população.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.236p. (Série E. Legislação de Saúde).
2. Conselho Nacional de Saúde. Nota técnica nº 11 de 26 de maio de 2006. Propõe a implantação da política nacional de regulação [on line]. 2000 mai [acessado em 2010 mar 30]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/regulacao-conass.pdf>
3. Rocco J R, Soares M, Gago MF. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. Rev bras ter intensiva [periódico na internet]. 2006 jun [acesso em 2009 set 30]; 18(2): 114-120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000200002&lng=en. doi: 10.1590/S0103-507X2006000200002
4. Jacobs P C, Matos E P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. Rev Assoc Med Bras. [periódico na internet]. 2005 dez [acesso em 2009 set 30]; 51(6): 348-353. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000600019&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302005000600019.
5. POLIT DP, HUMGLER BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Rio Grande do Sul (Porto Alegre): Artes Médicas do Sul;1995.
6. Elias ACGP, Tiemi M, Cardoso LTQ, Grion CMC. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 Jun [acesso 2009 set 30] ; 14(3): 324-329. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300004&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692006000300004.
7. Bare, B G, Smeltzer, S C.Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro(RJ):Guanabara Koogan; 2002.
8. MARX LC, MORITA LC. Manual de gerenciamento de enfermagem. 2ª Ed. São Paulo (SP): EPUB;2003.

Oliveira YS, Pedreira LC, Reis VRSS.

Fate of patients treated in emergency department...

9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996 Out 16. [acesso 2009 set 30]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>.

10. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 set [acesso em 2009 set 23]; 24(9): 2032-2042. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900009&lng=en. doi: [10.1590/S0102-311X2008000900009](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900009).

11. 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 de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.

12. Camacho ACLF, Coelho MJ. Análise das políticas públicas de saúde do idoso: estudo de revisão de literatura. Rev Enferm UFPE On Line. [periódico da internet]. 2009 abr [acesso em 2010 mar 30]; 3(2):120-126 Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/299/295>.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/04/13

Last received: 2010/06/28

Accepted: 2010/07/01

Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Virginia Ramos Dos Santos Souza Reis
Rua das Araras, 23, bloco 1, Ap. 401,
CEP: 41720-010 – Ímbuí, Salvador, Bahia,
Brasil