



artigo original

Estudo dos óbitos no pronto-socorro de um hospital de ensino: humanização, prognóstico e gastos

Study of deaths in the emergency department of a teaching hospital: humanization, prognostics and expenses

Ana Paula Curi¹, Olimpio J. Nogueira V. Bittar²

RESUMO

Prontos-socorros convivem com o problema dos pacientes terminais. A busca de leitos hospitalares para adultos em hospitais de qualidade, como os hospitais de ensino, gera uma demanda maior que a capacidade instalada dos mesmos. Para maior conhecimento da dimensão do problema que envolve pacientes fora de possibilidade terapêutica e da necessidade de sistematização para os cuidados paliativos e terminalidade, estudamos os óbitos ocorridos no Pronto-Socorro do Hospital Universitário da USP no período de janeiro a julho de 2009. Os objetivos do estudo foram identificar e analisar os óbitos de idosos que ocorreram no pronto-socorro e levantar a necessidade de implantação de unidade de cuidados de terminalidade. O estudo utiliza indicadores como suporte ao processo decisório e a gestão hospitalar (gestão das informações). No caso estudado, os indicadores são óbitos em pronto-socorro e recursos diagnósticos utilizados. A utilização de série histórica desses indicadores aponta tendências. Estudar pacientes que evoluíram para óbito após período maior que 48 horas no pronto atendimento ajudará na elaboração de estratégia para abordar este problema.

ABSTRACT

Emergency rooms deal with the problem of terminality. The search for hospital rooms for adults in high quality hospitals, like school hospitals, for example, generates a demand higher than the capacity of the hospitals. For better understanding of the problem which involves patients with no therapeutical possibility and the need of a systematization for palliative care and terminality, we studied the deaths that occurred in the emergency room of Hospital Universitário from Universidade de São Paulo from January to July of 2009. The objectives of this study were to identify and analyze the deaths of elderly people that occurred in the emergency room and understand the need to create units of terminal care. The study uses indicators to support the process of decision making and the managing of the hospital (information management). In this case, the indicators are the number of deaths in the emergency room and diagnostic resources used. The history of these indicators shows a tendency. Studying patients that ended up dying after a period longer than 48 hours after emergency care will help in the elaboration of the strategy to approach this problem.

Palavras-chave

Assistência terminal.
Doente terminal.
Custos de cuidados de saúde.
Custos hospitalares.
Tempo de internação/custos.

Keywords

Terminal care.
Terminally Ill.
Health care costs.
Hospital costs.
Length of stay/costs.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 28/12/2009.
Data da aprovação: 22/1/2010.

1. Médica do Hospital Universitário da USP, Assessoria Hospital Universitário da USP. Doutora em Medicina, MBA (foco em Qualidade) pelo PECE (Escola Politécnica).
2. Professor Doutor com Livre-Docência em Saúde Pública. Médico Especialista em Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Assessoria de Hospitais de Ensino.

Endereço para correspondência: Ana Paula Curi, Hospital Universitário da USP, Cidade Universitária, Av. Lineu Prestes, 2.565 – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço eletrônico: anapaula@usp.br / bittar@saude.sp.gov.br

INTRODUÇÃO

As ciências médicas evoluem a cada dia com a introdução de novas técnicas destinadas a melhorar a saúde humana, porém o reconhecimento de situações clínicas dos pacientes onde as chances de recuperação são limitadas ou até inexistentes é fundamental para uma condução coerente em cada caso.

O atendimento à saúde cada vez mais se torna uma atividade multiprofissional, em que o médico que é um dos participantes de uma equipe multidisciplinar, em que cada qual desempenha uma função particular e valiosa, detém a prerrogativa de diagnosticar e prescrever⁽¹⁾.

Desenvolver a percepção de atendimento ao paciente como um todo, não olhar para um diagnóstico isoladamente, entender o paciente, sua doença, seu entorno, reconhecer a participação do trabalho em equipe com a atuação de outros profissionais em saúde, com a variabilidade ampla que envolve desde a ambiência (arquitetura adequada a uma situação) até a gestão, a economia, a informação e o direito.

As demandas assistenciais que mais crescem envolvem os idosos, reflexo do aumento da expectativa de vida associado à diminuição da natalidade. Entretanto, o aumento destas demandas não envolve somente a prática da boa assistência médica no momento do cuidado paliativo (conforto, sedação), mas também o desenvolvimento cultural e sua difusão para a sociedade.

Toda esta situação requer desenvolvimento de ações estruturadas nas áreas assistenciais chamadas de **Cuidados Paliativos** e **Terminalidade**. É premente o desenvolvimento de polos

de cuidados paliativos tanto para a assistência ao paciente quanto para a capacitação dos vários profissionais relacionados a esta área. Somente assim ocorrerá a divulgação e disseminação desta nova cultura que **“reconhece os limites”** e atua com coerência frente aos mesmos⁽²⁾.

Para um total conhecimento da dimensão deste problema, o da necessidade de sistematização para cuidados paliativos e terminalidade é preciso investigar mais profundamente sua dimensão e os impactos negativos. Dentre eles a compreensão do que ocorre com os pacientes no momento da terminalidade nos sistemas de saúde, situação em que a tentativa infrutífera de manter a vida deveria ser trocada por esclarecimentos e compreensões, humanização e acolhimento.

ÓBITOS EM PRONTO-SOCORRO

Atualmente pessoas morrem mais acometidas por doenças crônicas do que por problemas agudos. A fase terminal, próxima ao desfecho que culmina em óbito, na maioria das vezes ocorre em ambiente hospitalar. Por vezes, após longo período de cuidados domiciliares.

Em algumas doenças, principalmente naquelas não oncológicas, a tomada de decisão para cuidados paliativos na fase terminal pode ser difícil, principalmente devido a falta de percepção para a proximidade e da inexorabilidade do desfecho final.

Com relação aos recursos e custos necessários à manutenção dos sistemas de saúde, é sabido que se trata de economia irregular e de gestão complexa. São grandes os custos que envolvem a saúde, a inflação nesta área está entre as maiores quando comparada com outros setores e, pa-

ralelamente, o avanço tecnológico cresce de maneira geométrica. Essa incorporação de novas tecnologias muitas vezes vem acompanhado de grandes benefícios à saúde humana; outras vezes, nem tanto; porém, como regra, sempre vem acompanhado de aumentos expressivos no custeio da mesma.

Prontos-socorros convivem com o problema da **terminalidade**. A busca de leitos hospitalares para adultos em hospitais de qualidade, como são os hospitais de ensino, por exemplo, gera uma demanda maior que a capacidade instalada dos mesmos. Esta situação impõe ao profissional que lida diretamente com a assistência a decisão de internar casos com melhor prognóstico. A primeira repercussão desta demanda por leitos para adultos, associada à falta de cultura da sociedade em aceitar o óbito domiciliar para o familiar em situação terminal, é a **permanência do paciente em macas de prontos-socorros**. A segunda consequência é a realização de exames diagnósticos desnecessários, porque o profissional deste setor, por não conhecer o caso em questão, presta assistência tradicional com a busca do diagnóstico preciso e a realização de intervenção baseado em possibilidades de cura. A terceira consequência é o desconforto a que pacientes, familiares e profissionais do setor ficam submetidos.

Melhorar a atuação assistencial em cuidados paliativos para pacientes nos estágios finais de doenças crônicas passou a ser uma prioridade para os sistemas de saúde. Paralelamente, em hospital de ensino, orientar a atuação adequada para cuidados paliativos ajudará a formar profissionais preparados para exercer bem a medicina também em situações de terminalidade.

MEDIÇÕES E NOVAS TECNOLOGIAS

As medições são necessárias para o aprimoramento da gestão⁽³⁾. Medições das ocorrências com os pacientes em situação de terminalidade e seus impactos ao sistema de saúde poderão nortear ações mais assertivas.

Para que elas ocorram e que se tornem ferramenta de gestão e de aprimoramento contínuo desta, o uso da tecnologia da informação deve tornar-se um hábito.

A informação local auxilia a atuação global; portanto, a busca de informações relacionadas ao problema em questão (terminalidade, cuidados paliativos, falta de leitos hospitalares para adultos e gestão de serviços) deve ocorrer frequentemente e em tempo real.

Algumas instituições de saúde trabalham como um indicador de qualidade o limite de seis horas para a permanência de um paciente nas dependências do pronto-socorro, considerando que nesse intervalo de tempo a decisão médica deve ser tomada (internação, transferência ou alta)⁽⁴⁾.

Estudar pacientes que evoluíram para óbito após período maior que 48 horas no pronto atendimento ajudará na elaboração de estratégia para abordar este problema.

Este cenário pede por mudanças. Estudos quantitativos e qualitativos ajudam no dimensionamento do problema e elaborações de propostas de mudanças a serem realizadas.

OBJETIVOS

- Identificar e analisar os óbitos de idosos que ocorreram no pronto-socorro;
- Levantar a necessidade de implementação de unidade de cuidados de terminalidade.

MÉTODO

Pesquisa do tipo quantitativa retrospectiva transversal realizada no Pronto-Socorro Adulto (PSA) do Hospital Universitário da USP, no período de janeiro a julho de 2009. A população foi constituída por pacientes atendidos no PSA e a amostra composta por idosos que foram a óbito no pronto-socorro, com detalhamento dos que permaneceram nesta unidade mais que 48 horas até o desfecho. Os dados coletados junto ao sistema de informação da instituição foram analisados por meio do programa SPSS, com a utilização de testes estatísticos para verificar a associação entre as variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que dos 4.373 pacientes assistidos no PSA, 218 morreram, sendo que 18,3% (40 pacientes) corresponderam a óbitos de idosos com idade entre 60 e 92 anos com permanência entre 49 e 303 horas. Devido à falta de leitos nas unidades de internação desta instituição, os pacientes que estavam em situação de terminalidade permaneceram no PSA até o momento da morte (tabela 1).

Dentre os 40 óbitos que permaneceram mais que 48 horas no PSA, 30% eram portadores de pneumopatias crônicas, 20% de doenças vasculares crônicas

(neurológicas e cardiológicas) e 15% doenças oncológicas.

Constatou-se que dos 4.601 exames realizados para os 218 óbitos, 2003 foram para os casos com mais de 48 horas. Estão incluídos neste total de exames métodos de imagem (ultrassonografias, tomografias e raios-X), exames endoscópicos, hematológicos, microbiológicos, sorológicos e eletrocardiográficos, entre outros (gráfico 1).

CONCLUSÃO

O presente estudo utilizou indicadores como suporte ao processo decisório e a gestão hospitalar (gestão das informações). No caso estudado, os indicadores são óbitos em pronto-socorro, recursos diagnósticos utilizados e média de permanência do paciente do PSA.

A construção desses indicadores com um intervalo de tempo maior (por exemplo, três anos) que observe a sazonalidade permitirá a construção de séries históricas capazes de apontar tendências.

Com relação aos recursos e custos despendidos, verificou-se na amostra estudada a ocorrência de gastos que uma análise preliminar indicam que poderiam ser melhor alocados. Salienta-se que no processo de assistência

TABELA 1
Distribuição do número de óbitos e exames realizados no PSA. São Paulo, 2009

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Pacientes	624,71	25,73	597	659
Nº de óbitos mensal no Pronto Socorro	31,14	10,06	12	41
Nº de óbitos mensal com mais de 48h no PSA	5,71	2,5	1	9
Permanência média no PSA para óbitos > 48h	6,13	2,45	3,6	12,6
Nº de exames para casos de óbitos	657,3	245,5	389	995
Nº de exames para óbitos > 48h no PSA	286,1	136,1	60	440

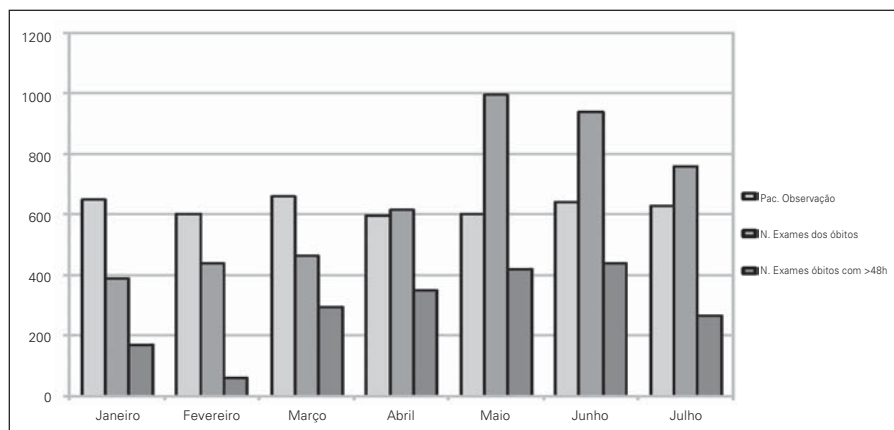


Gráfico 1 – Nº de pacientes da observação e quantidade de exames por tipo de óbito

Planilha com o resumo dos dados

	Total mensal de óbitos (total de atendimento no PSA)	Óbitos após mais de 48 horas PSA	Total de exames para os óbitos	Total de exames para óbitos com mais de 48h no PSA	Média permanência PSA até o óbito
Janeiro	33 (649)	5 (15,1%)	389	169 (43,4%)	5,4 dias (70 a 215 horas)
Fevereiro	12 (601)	1 (8,3%)	440	60 (13%)	12,6 dias (303 horas)
Março	26 (659)	6 (23%)	465	296 (63,6%)	4,8 dias (61 a 253 horas)
Abril	29 (597)	7 (28%)	615	351 (57,1%)	5,2 dias (51 a 290 horas)
Maio	39 (600)	7 (17,9%)	995	420 (42,2%)	5,2 dias (59 a 168 horas)
Junho	41 (641)	9 (21,9%)	939	440 (46,8%)	3,6 dias (49 a 146 horas)
Julho	38 (626)	5 (13,1%)	758	267 (35,2%)	6,1 dias (97 a 275 horas)

nos momentos que antecedem a morte, faz-se necessário que os profissionais de saúde revejam a sua prática.

Nesta abordagem, visando a mudança de cultura relacionada ao atendimento de pacientes sem possibilida-

des de cura e de seus familiares em hospitais, é perceptível a necessidade da implantação de unidades de cuidados em terminalidade nessas organizações, de modo a oferecer maior atenção ao paciente em seus dias finais e

orientações a sua família a partir do momento que estes chegam ao pronto-socorro. O atendimento a estes casos tem como objetivo mais controle de sintomas que causam sofrimento e menos exames subsidiários, não importantes na fase terminal. Esta atuação induz a melhor alocação de recursos e assistência médica coerente.

Paralelamente, estando em um hospital-escola, ensinar a atuação adequada para cuidados paliativos ajudará a formar profissionais com competência na prestação da assistência paliativa e, ainda, possibilitar o desenvolvimento de pesquisas neste tema. No entanto, para alcançar o nível de excelência nestas áreas existe a necessidade da implantação de unidade de cuidados paliativos e terminalidade na instituição estudada.

REFERÊNCIAS

- Oliveira RA. Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 689 p. Vários colaboradores, 2008.
- Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. Cad Saúde Pública. 2004;20(5) Rio de Janeiro Sept./Oct.
- Bittar OJNV, Magalhães A. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Assessoria de Hospitais de Ensino, 2007.
- Henneman PL, Nathanson BH, Li H, Smithline HA, Blank FSJ, Santoro JP, Maynard AM, Provost DA, Henneman EA. Emergency department patients who stay more than 6 hours contribute to crowding. J Emerg Med. 2009; disponível on line desde janeiro, 2009.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Kóvacs MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
- Teixeira IO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. Ciência e Saúde Coletiva. 2008;13(4), Rio de Janeiro, Julho/agosto.