

DEMANDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM UNIDADE DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Tatiane Aparecida Martins*
Claudia Benedita dos Santos**
Manoel Antônio dos Santos***
Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues****
Cesar Eduardo Pedersoli*****
Maria Lúcia Zanetti*****

RESUMO

Este é um estudo transversal, cujo objetivo foi identificar o perfil de pacientes com diabetes mellitus em Unidade de Urgência. A amostra probabilística foi constituída por 247 pacientes de um hospital do interior paulista, Brasil, em 2009. Um formulário estruturado, contendo variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas às orientações de enfermagem, oferecidas na alta hospitalar, foi utilizado para obtenção dos dados nos prontuários de saúde. Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva. Os resultados mostraram que os pacientes admitidos eram predominantemente do gênero feminino (53,4%), brancos (79,8%), com baixa escolaridade (76,6%) e idade entre 58 e 77 anos (50,2%); média de 62 anos e desvio-padrão de 15,3 anos. Quanto à procura pelo atendimento, os diagnósticos mais prevalentes foram: problemas cardiovasculares (22,3%) e cerebrovasculares (13%). O diabetes foi considerado motivo secundário para admissão no serviço, o primário foi relacionado apenas à queixa principal do paciente. O tempo de internação foi, em média, de quatro dias, com mediana de nove dias e desvio-padrão de 21,7. As orientações de enfermagem registradas em prontuário na alta hospitalar se restringiram aos retornos ambulatoriais. Há necessidade de melhor articulação da rede de atenção primária e hospitalar para redução da demanda evitável de pacientes com diabetes em unidade de urgência.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Serviços Médicos de Emergência. Enfermagem em emergência.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), com o propósito de avançar no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), adotou como lema, para o período de 2011-2015, *Acesso e Qualidade*⁽¹⁾. Nessa direção, para a operacionalização dos princípios do SUS foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm por objetivo promover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime à atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado, mediante a organização e desenvolvimento das redes de atenção à saúde⁽²⁾.

Nesse contexto, e para reorientar a atenção em saúde, destacam-se duas redes que estão em implantação: doenças crônicas não transmissíveis e

urgência e emergência, com o objetivo de aprimorar a qualificação dos profissionais de nível superior e médio da rede pública de saúde, bem como organizar as linhas de cuidados à saúde⁽²⁻⁴⁾.

A reorganização dos serviços de atenção primária, por meio da qualificação dos profissionais de saúde, vem responder às demandas relacionadas à constante superlotação das unidades de urgência e emergência, processo de trabalho fragmentado, desrespeito aos direitos dos usuários, pouca articulação com outros setores da rede de serviços, entre outros⁽³⁾.

Para o processo de reorganização das redes, o Diabetes *Mellitus* (DM) foi eleito como um dos eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças e fatores de risco mais prevalentes. Trata-se de doença crônica com altas taxas de

*Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. tatianemartins@hotmail.com

**Estatística. Professora da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. cbsantos@eerp.usp.br

***Psicólogo. Professor Associado da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. masantos@ffclrp.usp.br

****Enfermeira. Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. flavialuchetti@gmail.com

*****Enfermeiro. Doutora (o) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. cepedersoli@usp.br

*****Enfermeira. Professora Associada da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. zanetti@eerp.usp.br

morbimortalidade, cujas complicações contribuem para a procura e superlotação das unidades de urgência e emergência^(4,5).

Sabe-se que a atenção básica é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema⁽⁶⁾. Ainda assim, os usuários do SUS mostram preferência por prontos-socorros e hospitais na busca de atendimento em saúde^(7,8). Estudo mostra que essa preferência está relacionada à percepção que o usuário tem de maior acessibilidade, confiabilidade e resolubilidade do serviço ofertado⁽⁷⁾. Ademais, ao investigar as variáveis relativas aos atendimentos realizados em unidade de emergência, outro estudo mostrou que os atendimentos eram de baixa complexidade, principalmente quando os usuários residiam na área de abrangência do hospital⁽⁸⁾.

Ao considerar que o paciente com diabetes pode ser atendido nos diferentes níveis de atenção à saúde, dependendo de seu grau de controle metabólico, há necessidade de conhecer o perfil dos pacientes atendidos nas unidades de urgência e quais são os fatores relacionados a essa demanda. O conhecimento desses fatores pode contribuir para reorganizar a atenção prestada, bem como permitir a implantação de estratégias para a redução da procura pelos serviços de urgência e dos custos.

Diante do exposto, neste estudo o objetivo foi identificar o perfil dos pacientes com *diabetes mellitus* em uma Unidade de Urgência de um hospital universitário, segundo os motivos de admissão, as orientações de enfermagem e o encaminhamento dado para continuidade do tratamento após a alta.

METODOLOGIA

Estudo descritivo transversal, no qual foram utilizados dados secundários obtidos por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Serviço de Arquivo Médico (SAME) de um hospital universitário, situado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos prontuários foram: pacientes com idade superior a 18 anos (visto que, na maioria das vezes, os menores de 18 anos são direcionados a outro setor), admitidos na Unidade de Urgência do referido hospital, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2009, pelas especialidades Clínica

Médica, Clínica Cirúrgica, Neurologia ou Ortopedia, que são as especialidades atendidas no referido serviço; com registro de DM ou problemas relacionados, que são todos aqueles descritos no Código Internacional de Doenças (CID 10), capítulo 4, de E10 a E16.

O hospital mantinha os dados dos pacientes armazenados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), mas a maioria ainda estava em prontuário de papel. Como a triagem dos pacientes foi feita pelo CID cadastrado nesse sistema eletrônico, observou-se, durante a coleta, que muitos pacientes que possuíam o CID de diabetes no sistema não tinham o diagnóstico nem resultados de exames que o confirmassem, no prontuário. Desse modo, optou-se por realizar a análise nos prontuários de saúde em papel e confrontar os resultados encontrados com as informações do SIH para que não houvesse incoerência de informações, bem como foram excluídos os prontuários cujos pacientes apresentavam diagnóstico de DM registrados erroneamente.

Ao realizar o levantamento no SIH, e após as exclusões, foram encontrados, de janeiro a dezembro de 2009, 643 prontuários para serem analisados. Desse total, utilizaram-se 8% para a realização de um estudo piloto, que evidenciou a necessidade de reestruturação do instrumento, a fim de tornar a coleta mais dinâmica, além da necessidade de se calcular uma amostra representativa que viabilizasse a coleta. Estimou-se média de 15 minutos para a análise de cada prontuário.

Com a população total conhecida, assumiu-se a indeterminação máxima ($p = (1-p) = 0,5$). Com essa hipótese, e com a finalidade de se obter uma confiança de 95% e precisão de 5% ($\alpha = 0,05$), o tamanho da amostra necessária foi de 384 prontuários. Ao se realizar a correção do cálculo amostral para população finita chegou-se a uma amostra de 238 prontuários, sendo 69 de pacientes que já foram a óbito e 169 de pacientes vivos. Estimando-se perda previsível de 10%, a amostra foi constituída por 247 prontuários, sendo 71 de pacientes que foram a óbito e 176 vivos, até o início da coleta de dados. A Figura 1 mostra a síntese do plano de amostragem utilizado no estudo.

Os 247 prontuários foram selecionados após três sorteios aleatórios, por meio do Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS),

versão 17.0, sendo o primeiro descartado e realizado mais dois até que se obtivesse , média mensal de prontuários equilibrada. Cabe ressaltar que foi utilizada a data da última internação do

paciente na Unidade de Urgência como admissão válida para a análise, visto que havia pacientes com mais de uma internação no período.

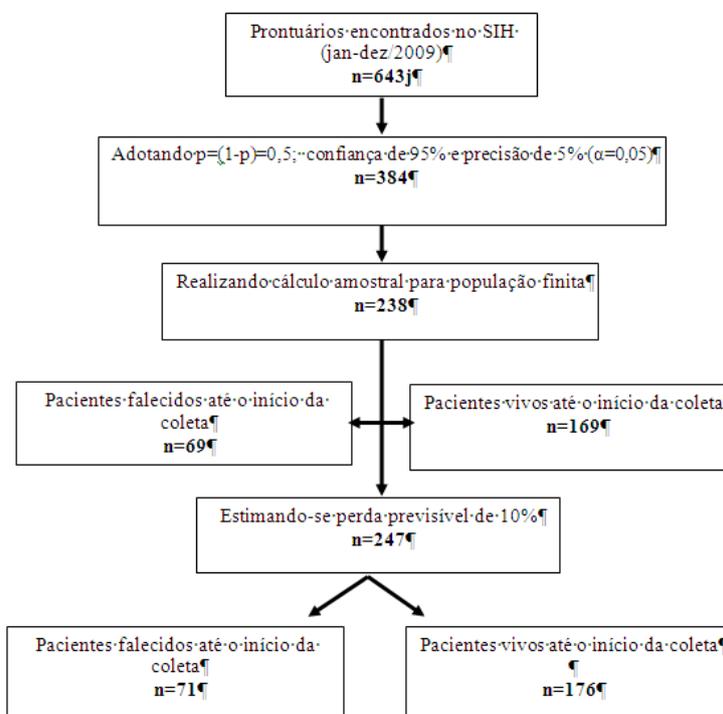


Figura 1. Plano de amostragem utilizado no estudo. Ribeirão Preto, SP, 2009

Para coleta de dados foi utilizado formulário contendo 38 questões fechadas, relacionadas às variáveis sociodemográficas e clínicas, e às orientações de enfermagem oferecidas na alta hospitalar. Os dados foram coletados pelos pesquisadores na sala do SAME, no período de janeiro a julho de 2011. O tempo médio para preenchimento de cada formulário foi de 25 minutos.

Os dados foram duplamente digitados por dois pesquisadores e validados no programa Microsoft Office Excel 2007®. Em seguida, foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0, agrupados em categorias e analisados por meio de estatística descritiva.

O projeto foi aprovado pelo Centro de Estudos de Emergência em Saúde da Unidade de Emergência e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ambos vinculados ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP),

recebendo aceite mediado pelo Protocolo nº 9524/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 247 (100%) pacientes, houve predomínio de mulheres (53,4%), indivíduos brancos (79,8%), casados (48,6%), a maioria com ensino fundamental (76,6%). A idade variou de 18 a 92 anos, com média de 62 anos e desvio-padrão de 15,3 anos. Destaca-se que 50,2% das internações foram de pacientes entre 58 e 77 anos de idade. Quanto às variáveis sociodemográficas, os dados obtidos são consistentes com outros estudos^(9,10).

A demanda registrada de mulheres com diabetes que procuraram atendimento na Unidade de Urgência (53,4%) corrobora outros estudos, os quais mostram que a busca de serviços de saúde é preponderante no sexo feminino, devido à maior preocupação e cuidados com sua saúde^(5,6).

Em relação à idade, a demanda de pacientes na faixa etária de 58 a 77 anos (50,2%) acompanha os

dados epidemiológicos publicados em estudo realizado em municípios do interior paulista, no ano 2010. Esse estudo evidencia que a doença é mais prevalente a partir dos 60 anos de idade, progredindo gradativamente com o envelhecimento da população⁽¹¹⁾.

No que se refere à escolaridade, 76,6% dos pacientes haviam completado o ensino fundamental. Esse dado é, muitas vezes, fornecido por familiares dos pacientes em situação de fragilidade diante de uma internação de urgência.

Tal achado requer maior atenção, tendo em vista que a escolaridade é uma variável relevante para a compreensão das orientações de saúde em relação ao seguimento do tratamento proposto e encaminhamentos para as unidades de contrarreferência⁽¹²⁾.

Quanto às comorbidades, 78,9% dos pacientes tinham hipertensão arterial e apenas 11,7% não apresentavam registro de comorbidades relacionadas ao DM (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes atendidos na Unidade de Urgência de um hospital universitário, segundo registro de comorbidades em prontuário. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2009

	Hipertensão arterial n (%)	Dislipidemia n (%)	Cardiopatias n (%)	Obesidade n (%)
Sim	195 (78,9)	74 (30,0)	60 (24,3)	40 (16,2)
Não	52 (21,1)	173 (70,0)	187 (75,7)	207 (83,8)
Total	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)

Em relação às complicações (Tabela 2), 18,2% dos pacientes já tiveram um ou mais acidente vascular encefálico; 88 pacientes (35,6%) tinham registro em prontuário de uma a três das complicações do DM. Esse dado está em concordância com os resultados de estudos de coorte, que evidenciaram elevado risco de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e

doença arterial periférica em pacientes com diabetes, quando comparados com não diabéticos⁽¹³⁾. Cabe destacar que as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte no mundo, sendo que o diabetes aumenta o risco cardiovascular em até quatro vezes, o que pode explicar o número de pessoas com diabetes internadas por infarto agudo do miocárdio⁽¹⁴⁾.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes atendidos na Unidade de Urgência de um hospital universitário, segundo o registro de complicações do DM em prontuário. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2009

	Acidente vascular encefálico n (%)	Nefropatia n (%)	Infarto agudo do miocárdio n (%)	Neuropatia n (%)	Retinopatia n (%)
Sim	45 (18,2)	28 (11,3)	25 (10,0)	12 (4,9)	9 (3,6)
Não	202 (81,8)	219 (88,7)	222 (90,0)	235 (95,1)	238 (96,4)
Total	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)

A maioria (74,5%) dos pacientes tinha diagnóstico de DM tipo 2 (DM2) e em 55,5% dos casos, esse foi considerado motivo secundário para internação. De modo geral, os diagnósticos primários para a necessidade de internação em unidade de emergência foram: infarto agudo do miocárdio (22,3%), acidente vascular encefálico (13%) e problemas nos pés (8,1%). Ao se analisar que os motivos de admissão estão relacionados às complicações em longo prazo do diabetes, pode-se inferir que esses pacientes se encontravam em mau

controle da doença. Pode-se conjecturar que, se fosse implantado um programa educativo sistematizado nas unidades de saúde do município, provavelmente a demanda suscitada por complicações crônicas relacionadas ao diabetes seria reduzida, aumentando a resolubilidade dos serviços de saúde. Cabe destacar que o controle do DM extrapola o conhecimento da doença e de suas complicações agudas e crônicas, apontando a necessidade de programas educativos que considerem as especificidades da doença e dos

fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos no processo de adesão ao tratamento⁽¹⁵⁾.

Segundo as Recomendações da Associação Americana de Diabetes, a educação em diabetes e a gestão do autocuidado são elementos críticos necessários para prevenção ou retardo das complicações da doença. Esses recursos estão relacionados ao aumento da utilização de serviços primários e preventivos, incremento da adesão ao tratamento e redução de custos^(16,17).

Observa-se que, junto ao aumento da prevalência do diabetes e da hipertensão arterial, há, também, acréscimo nas taxas de internação por doenças cerebrovasculares e cardiovasculares o que está relacionado a falhas no controle metabólico e da hipertensão arterial. Esse controle intensivo é da responsabilidade, principalmente, dos profissionais de atenção primária, por meio das ações de prevenção em saúde. Ensaios clínicos controlados já mostraram a efetividade do controle intensivo da hipertensão arterial na redução de complicações em pacientes com diabetes e hipertensão⁽¹⁸⁾, mas parece que esse controle tem se tornado um dos nós críticos da atenção primária, acarretando sobrecarga para os serviços de urgência⁽¹⁹⁾.

Outra complicação evidenciada é a nefropatia, constatada em 11,3% dos registros dos pacientes.

Estudo realizado no Paraná, Brasil, evidenciou aumento progressivo na prevalência de diabetes nos pacientes admitidos para tratamento dialítico crônico, ao longo de 20 anos de observação, sendo que a incidência de nefropatia diabética está relacionada ao aumento na incidência de DM2 na população obesa e sedentária⁽²⁰⁾.

Dos 247 (100%) pacientes, 71 (28,7%) foram a óbito. Desses, 67,6% faleceram no período de internação e os 32,4% restantes foram a óbito entre o primeiro e o 19º mês após a alta hospitalar, sendo que 16,9% morreram em menos de um mês após a alta (Tabela 3).

A maioria das internações era composta por pacientes idosos, com complicações crônicas decorrentes do diabetes, bem como da fragilidade inerente ao processo de envelhecimento nessa etapa do ciclo vital.

Cabe ressaltar que a demanda de idosos nos serviços de urgência tem aumentado consideravelmente, modificando o perfil da assistência. Isso requer dos gestores maior atenção ao atendimento dessa clientela, na rede de atenção primária à saúde, devido às alterações cognitivas e fisiológicas que podem interferir na efetividade da prevenção de complicações do diabetes, além de retardar o tratamento devido ao acometimento por outras comorbidades^(9,10).

Tabela 3. Distribuição dos óbitos dos pacientes atendidos na Unidade de Urgência de um hospital universitário, segundo o tempo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2009

Óbitos	n	%
Durante a internação	48	67,6
Até 30 dias após alta	12	16,9
Entre 31 dias e o 19º mês após a alta	11	15,5
Total	71	100

Dos pacientes analisados, a maioria (56,3%) residia na cidade de Ribeirão Preto, SP, sendo que em 24,3% dos casos não havia registro da procedência do paciente. Constatou-se que 74,9% dos pacientes encaminhados para a Unidade de Urgência dos serviços de saúde eram oriundos das Unidades Básicas e Distritais de Saúde (33,6%), hospitais do município (13,4%), Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) ou demanda espontânea (1,6%).

Em relação à regulação do paciente para a Unidade de Urgência, constatou-se que em 47,4% dos prontuários de saúde não havia esse registro.

Para 38,9% a regulação do paciente foi realizada por meio da Central de Regulação Médica e aceita pelo hospital. Em 12,1% dos casos o paciente foi regulado em “vaga zero”. O conceito “vaga zero” foi disposto na Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002, devendo ser aplicado em situações em que haja risco de morte para o paciente e depois de esgotadas todas as possibilidades de obtenção de vaga⁽²¹⁾.

Na prática, constata-se distorção no uso do conceito de “vaga zero”. Foi possível observar que os pacientes com DM, aqueles que foram encaminhados nessa condição, apresentavam

alguma condição de saúde que caracterizava urgência clínica.

No que se refere à admissão do paciente com DM na Unidade de Urgência, constatou-se que, na maioria (64,8%) dos casos, o paciente foi admitido no Setor de Atendimento Clínico Adulto, setor de menor complexidade, destinado aos pacientes que necessitam de observação clínica ou que estão aguardando leito para internação em enfermaria para investigação diagnóstica, tratamento clínico ou restabelecimento da saúde; 56,7% dos pacientes deram entrada na unidade pelo serviço de Clínica Médica. Em relação à alta, em 45,9% dos casos os pacientes tiveram alta de uma das enfermarias, sendo que 42,6% permaneceram da internação até a alta na sala de estabilização da Unidade de Urgência.

Constatou-se que 74,9% foram encaminhados para a Unidade de Urgência pelos serviços de saúde de Ribeirão Preto, sendo que 33,6% foram encaminhados pelas Unidades Básicas e Distritais de Saúde. Desse modo, é possível detectar que as Unidades Básicas e Distritais de Saúde têm se constituído como a principal porta do Sistema, todavia, a retaguarda é dada pelos serviços de urgência e hospitalares, o que evidencia a fragilidade do Modelo de Atenção Primária de Saúde no que tange à prevenção e promoção.

O tempo de internação variou de 1 a 306 dias, com média de nove dias, desvio-padrão de 21,7 dias e mediana de quatro. Quanto ao tempo de permanência na Unidade de Urgência, 28% dos pacientes permaneceram no hospital apenas por um dia e 61,1% receberam alta com até cinco dias de internação. Para 60,5% dos casos, os pacientes admitidos na sala de urgência tiveram alta em, no máximo, 24 horas.

Esses achados corroboram estudo que mostrou que o tempo de permanência em um serviço de urgência e emergência foi menor do que seis horas e 27,4% entre 24 e 30 horas⁽²²⁾. O paciente, quando admitido no serviço, é estabilizado nas primeiras horas, porém, necessita ser encaminhado para outro setor para dar continuidade ao tratamento. Já os achados do presente estudo mostram que 60,5% dos pacientes admitidos na Sala de Urgência receberam alta em, no máximo, 24 horas após sua admissão.

Esses dados permitem questionar a possibilidade de resolução de muitos desses casos na própria unidade de origem, o que, certamente,

reduziria a demanda de atendimentos na Unidade de Urgência, além dos critérios utilizados para esse tipo de encaminhamento. No entanto, reconhece-se que a falta de estrutura dos serviços e de capacitação dos profissionais da rede de saúde ainda são desafios na implantação do Modelo de Atenção Primária em Saúde.

Quanto à procura pelo atendimento na Unidade de Urgência, os diagnósticos mais prevalentes foram aqueles relacionados aos problemas cardiovasculares (22,3%) e cerebrovasculares (13%), com destaque para a insuficiência cardíaca congestiva e o acidente vascular encefálico. Alterações glicêmicas graves, como cetoacidose diabética e hipoglicemias, apareceram em 8,1% dos pacientes. O mesmo percentual foi encontrado para a procura por atendimento em decorrência do pé diabético.

Os diagnósticos mais prevalentes foram os relacionados e/ou desencadeados pelo mau controle metabólico. Sabe-se que esse controle depende da educação do paciente, sua adesão ao tratamento, mudança de hábitos de vida e autogestão da doença⁽¹²⁾. Esses fatores podem ser trabalhados na Atenção Básica e em grupos educativos. Os dados encontrados neste estudo apontam falha nesse processo que vem sendo discutido com ênfase nos documentos da Associação Americana de Diabetes, principalmente no que diz respeito à autogestão da doença⁽¹⁸⁾. O impacto dessa falha é evidenciado na superlotação das unidades de urgência e emergência, devido à baixa resolutividade da atenção primária e precariedade da rede hospitalar⁽⁵⁾.

Quanto às orientações de enfermagem, relacionadas ao DM, registradas em prontuários, não havia registro em 57,5% dos casos, 25,6% referiam-se aos retornos ambulatoriais e em 2,0% as anotações eram ilegíveis.

As orientações de enfermagem, durante a alta da Unidade de Urgência, representaram aspecto preocupante neste estudo. Na maioria dos prontuários (57,5%) não havia registro de nenhuma orientação de enfermagem, sendo que 25,6% das orientações registradas eram relacionadas ao retorno ambulatorial. Portanto, os dados não permitiram identificar se as orientações foram efetivamente realizadas ou se o paciente apenas recebeu o encaminhamento e receituário médico.

Esses dados corroboram dados encontrados em estudo, nos quais os relatos dos pacientes apontaram que a alta hospitalar se dá pela entrega da receita médica, orientações verbais sobre os medicamentos, encaminhamentos para os cuidados específicos e retorno ambulatorial, o que levou os autores a concluir que os pacientes se sentem inseguros quando deixam o hospital e que a orientação da alta deve ter início no momento da admissão, e ocorrer como um processo gradativo durante a internação⁽²³⁾.

Estudo em que se analisou a atuação do enfermeiro na alta hospitalar mostrou que essa basicamente consistia na entrega do receituário médico e informações verbais fornecidas sobre os medicamentos, encaminhamentos para cuidados específicos e, por fim, retorno ambulatorial⁽²³⁾. É reconhecido o despreparo da equipe de saúde em relação à importância do registro como possível explicação para a falta de anotação referente à alta do paciente^(22,23).

Em sua maioria (61,5%), os pacientes foram contrarreferenciados a outras unidades de saúde para dar continuidade ao tratamento do agravo que motivou a internação. A contrarreferência do paciente para seguimento exclusivo do diabetes apareceu em apenas 24 (9,7%) casos.

Constatou-se que, dos 24 casos onde ocorreu a contrarreferência, 75,0% (18) dos pacientes foram contrarreferenciados para dar continuidade ao tratamento do DM na Rede Básica de Saúde, e 12,5%⁽³⁾ necessitaram de internação em hospital de nível secundário.

Em relação ao encaminhamento de pacientes com DM, a maioria foi contrarreferenciado para outras unidades de saúde, a fim de dar continuidade ao tratamento do agravo que motivou a internação, porém, apenas 9,7% receberam alguma contrarreferência para dar seguimento ao controle do diabetes. Nota-se que a necessidade curativa ainda é muito presente nas instituições hospitalares. Como pudemos analisar, as contrarreferências são direcionadas ao seguimento do agravo que motivou a internação, excluindo o

seguimento das doenças de base como o diabetes e a hipertensão arterial, muitas vezes responsáveis indiretos pela internação.

Quanto à unidade de contrarreferência, 18 pacientes foram contrarreferenciados para dar continuidade ao tratamento do DM na Rede Básica de Saúde, mas cabe ressaltar que, na maioria dos prontuários, não consta registro do destino para o qual o paciente foi encaminhado, nem se o mesmo recebeu algum encaminhamento. Estudo apontou que a falta de registro sobre a unidade de destino do paciente esteve presente em 51,8% dos casos⁽²²⁾, o que indica a fragilidade do SIH e dos registros nos prontuários, dificultando o acompanhamento do fluxo do paciente no Sistema Único de Saúde, deixando evidente a segregação entre a Rede Básica de Saúde e a Rede Hospitalar de Saúde, como se funcionassem distintamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam alta demanda de pacientes com DM com complicações crônicas em unidade de urgência, evidenciando que a rede de atenção primária ainda se encontra em fase de consolidação para assegurar efetividade no atendimento em diabetes. A precariedade de orientações de enfermagem e as lacunas da contrarreferência do paciente indicam que falta integração da Rede de Atenção Primária e Hospitalar, bem como adequada capacitação dos profissionais no atendimento dessa população.

Nessa direção, ante a elevada demanda de pacientes com diabetes em serviços de urgência, é preciso repensar a qualificação dos profissionais, segundo os pressupostos do Modelo de Atenção Primária. A melhor articulação entre os serviços também poderia contribuir para a corresponsabilização do profissional e dos pacientes na atenção em diabetes, para a prevenção de complicações crônicas relacionadas à doença, de modo a minimizar a necessidade de futuras internações em caráter emergencial.

THE PROFILE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE EMERGENCY ROOM OF A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to identify the profile of patients with diabetes mellitus cared for by the Emergency Room of a university hospital in the interior of São Paulo, Brazil, in 2009. The probabilistic sample was composed of 247 patients. A structured form addressing sociodemographic and clinical variables and those related to nursing orientation provided at discharge was used to collect data. The results show that patients admitted to the unit were

predominantly women (53.4%), Caucasian (79.8%), with a low educational level (76.6%), and aged between 58 and 77 years old (50.2%); 62 years old on average with a standard deviation of 15.3 years. Regarding demand for care, the most prevalent diagnoses were cardiovascular (22.3%) and cerebrovascular (13%) conditions. Diabetes was considered the secondary reason for being admitted to the service, while the primary reason was related only to the patients' main complaints. The length of hospitalization was four days on average, with a median of nine days and a standard deviation of 21.7 days. The nursing orientations recorded in the discharge records were restricted to return visits. Cooperation between primary healthcare and hospital networks needs to be improved to decrease avoidable demand of patients with diabetes for the emergency room.

Keywords: Diabetes mellitus. Health Services Needs and Demand. Emergency Medical Services. Emergency Nursing.

PERFIL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN

Este es un estudio transversal, cuyo objetivo fue identificar el perfil de pacientes con diabetes mellitus en Unidad de Urgencias. La muestra probabilística fue constituida por 247 pacientes de un hospital del interior del estado de São Paulo, Brasil, en 2009. Un formulario estructurado, conteniendo variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con las orientaciones de enfermería, ofrecidas en el alta hospitalaria, fue utilizado para la recolección de los datos en los registros médicos. Para el análisis de los datos fue utilizada la estadística descriptiva. Los resultados señalaron que los pacientes ingresados eran predominantemente mujeres (53,4 %), blancos (79,8 %), con un bajo nivel de educación (76,6 %), y de edades comprendidas entre 58 y 77 años (50,2 %); promedio de 62 años y desviación estándar de 15,3 años. En cuanto a la demanda por la atención de salud, los diagnósticos más frecuentes fueron: problemas cardiovasculares (22,3 %) y cerebrovasculares (13%). La diabetes fue considerada la segunda razón para el ingreso en el servicio; el objetivo primario fue relacionado solo a la queja principal del paciente. La duración de la hospitalización fue de un promedio de cuatro días, con una media de nueve días y una desviación estándar de 21,7 días. Las orientaciones de enfermería encontradas en los registros médicos en el alta hospitalaria se restringieron a los regresos al hospital. Es necesaria una mejor coordinación entre la red de atención primaria y hospitalaria para reducir la demanda evitable de los pacientes con diabetes en la unidad de urgencias.

Palabras clave: Diabetes *mellitus*. Necesidades y demandas de servicios de salud. Servicios Médicos de Urgencias. Enfermería de urgencias.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq). Manual Instrutivo. Brasília(DF); 2011.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: Mendes EV. Brasília(BF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília(DF): 2009.
4. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília(DF): 2013.
5. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva; 2013.
6. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo. Brasília(DF); 2011.
7. Santos JLG, Pestana AL, Higashi GDC, Oliveira RJT, Cassetari SSR, Erdmann AL. Organizational context and care management by nurses at emergency care units. Rev Gaúcha Enferm. 2014; 35(4):58-64.
8. MLV, Fassa ACG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(1):1069-79.
9. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):312-8.
10. Storti LB, Fabrício-Whebe SCC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(2):452-9.
11. Moraes AS, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto Obediarp. Cad Saúde Pública. 2010; 26(5):929-41.
12. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araujo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2013; 26(3):231-7.
13. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes,

and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2014; 35(27):18-24.

14. Reis AFN, Cesarino CB. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no HIPERDIA de São José do Rio Preto. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016; 15(1):118-24.

15. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):284-90.

16. Duncan I, Ahmed T, Li QE. Assessing the value of the diabetes educator. *Diabetes Educ*. 2011; 37(5):638-57.

17. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2013. *Diabetes Care*. 2013; 36(1):1-99.

18. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet*. 1998; 352:854-65.

19. Tavares DMS, Dias FA, Ferreira PCS, Rodrigues LR, Gonçalves JRL, Ferreira LA. Morbidades e qualidade de vida de idosos urbanos com e sem problemas cardíacos. *Ciênc Cuid Saude*. 2014; 13(4):674-81.

20. Peres LAB, Matsuo T, Delfino VDA. Aumento da Prevalência de diabetes melito Como Causa de Insuficiência renal Crônica dialítica: Análise de 20 Anos na Região Oeste do Paraná. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2007; 51(1):111-5.

21. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Normatiza e estabelece diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília(DF);2002; Seção 1. p. 32- 54.

22. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(4):770-7.

23. Andrietta MP, Lopes RSM, Bottura ALLB. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(6):1445-52.

Endereço para correspondência: Maria Lucia Zanetti. Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP 14040-902. E-mail: zanetti@eerp.usp.

Data de recebimento: 21/07/2015

Data de aprovação: 25/07/2016