

ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO: PERFIL DOS PACIENTES COM SEQUELAS APÓS ALTA HOSPITALAR

EMERGENCY ROOM ASSISTANCE: PROFILE OF PATIENTS WITH SEQUELAE AFTER HOSPITAL DISCHARGE

LA ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS: PERFIL DE LOS PACIENTES CON SECUELAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Daniela da Silva Schneider¹
Regiane Lima²
Danielly Lanziotti de Souza³
Maria Renita Burg Figueiredo⁴
Rita Catalina Aquino Caregnato⁵

¹ Enfermeira. Mestre. Professora da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS – Brasil.

² Enfermeira Assistencial. Hospital São Lucas. Porto Alegre, RS – Brasil.

³ Enfermeira. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre, RS – Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Graduação em Enfermagem da ULBRA. Canoas, RS – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Educação. Professora da Graduação Enfermagem e Pós-graduação da UFCSPA. Porto Alegre, RS – Brasil.

Autor Correspondente: Daniela da Silva Schneider. E-mail: daniela@schneider.inf.br

Submetido em: 30/09/2014

Aprovado em: 27/08/2015

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a prevalência dos pacientes que recebem alta hospitalar para a comunidade com sequelas ou necessidades especiais, necessitando de acompanhamento à saúde após alta. Trata-se de estudo retrospectivo de prevalência realizado em um hospital de pronto-socorro, direcionado para os registros de 1.794 altas hospitalares ocorridas entre janeiro e março de 2014. A amostra constituiu-se de 19 registros de altas dos pacientes que ficaram com sequelas ou deficiências, representando 1,6% das 1.180 altas que ocorreram para a comunidade. Resultados evidenciaram 84,2% de pacientes do sexo masculino; média de faixa etária 37,6 anos, com sequelas diversificadas, tais como: motora 68,3% (n=13); motora e neurológica 5,3% (n=1); neurológica 15,8% (n=8); pulmonar 5,3% (n=1); e metabólica 5,3% (n=1). Embora a prevalência de pacientes com sequelas ou necessidades especiais identificados na amostra tenha sido baixa, esse número é significativo quando se verifica que 73,9% dos pacientes tinham idade entre 10 anos e 49 anos, ou seja, jovens com todo o potencial produtivo.

Palavras-chave: Pacientes; Alta Hospitalar; Estatísticas de Sequelas e Incapacidade; Prevalência.

ABSTRACT

This study aimed to assess the prevalence of patients discharged from the hospital into the community with sequelae or special needs requiring follow-up care after the discharge. This was a retrospective prevalence study conducted in an emergency hospital focused on the records of 1,794 hospital discharges occurred between January and March of 2014. The sample consisted of 19 discharge records of patients who presented sequelae or disability, representing 1.6% of the 1,180 discharges that took place in the community. Results showed 84.2% of male patients; mean age of 37.6 years and with diverse sequelae such as: motor 68.3% (n = 13); motor and neurological 5.3% (n = 1); neurological 15.8% (n = 8); pulmonary 5.3% (n = 1); and metabolic 5.3% (n = 1). Although the identified prevalence of patients with sequelae or special needs in the sample was low, this number is significant when it is verified that 73.9% of patients were aged between 10 and 49 years representing young people at their potential productive ages.

Keywords: Patients; Hospital Discharge; Statistics on Sequelae and Disability; Prevalence.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo conocer la prevalencia de los pacientes que reciben el alta hospitalaria con secuelas o necesidades especiales y que precisan seguimiento de salud tras el alta. Se trata de un estudio retrospectivo de prevalencia, realizado en un hospital de primeros auxilios que evalúa los registros de 1.794 altas hospitalarias ocurridas entre enero y marzo de 2014. La muestra consistió de 19 registros de altas de pacientes que quedaron con secuelas o deficiencias, representando el 1,6% de las 1.180 altas en la comunidad. Los resultados evidenciaron 84,2% pacientes del sexo masculino, con edad promedio de 37,6 años, con secuelas diversas como: motora 68,3% (n=13); motora y neurológica 5,3% (n=1); neurológica 15,8% (n=8); pulmonar 5,3% (n=1); y metabólica 5,3% (n=1). Aunque la prevalencia de pacientes con secuelas o necesidades especiales identificados en la muestra fue baja, este número es significativo cuando se verifica que 73,9% de los pacientes tenían edades entre 10 y 49 años, o sea, jóvenes con todo el potencial produtivo.

Palabras clave: Pacientes; Alta Hospitalaria; Estadísticas de Secuelas y Discapacidad; Prevalencia.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, mantidas pelo poder público. O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988, pois seus princípios identificam democratização nas ações e nos serviços de saúde, passando a ser acesso universal, e a gestão administrativa e financeira deixa de ser centralizada, passando a nortear-se pela descentralização.¹

Como os princípios do SUS preconizam a universalidade e integralidade da assistência, torna-se necessário prever e empreender esforços para garantir o funcionamento adequado e articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, para responder às necessidades de saúde da população em nível local.¹ Contudo, embora o sistema de referência e contrarreferência seja preconizado, ainda está pouco desenvolvido.²

O Ministério da Saúde³ entende como referência o serviço de maior complexidade, como o hospital, e contrarreferência o de menor complexidade, como unidade básica de saúde. O sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo gerencial que visa a adequar a operacionalização do SUS. Para sua concretização e estruturação é necessário hierarquizar as unidades que compõem o sistema, isto é, classificar pelo tipo de serviços, equipamentos e profissionais especialistas e a capacidade de resolutividade.⁴

Esse cenário requer o compromisso com a prática multiprofissional e ações de educação em saúde como elementos produtores de um saber coletivo, proporcionando ao indivíduo autonomia e emancipação para os próprios cuidados, da família e seu entorno.⁵

Devido à importância do sistema de referência e contrarreferência, torna-se necessário sua efetiva implementação, oferecendo aos pacientes uma assistência mais completa dentro dos serviços de saúde.

O interesse em verificar a necessidade de criar um sistema de referência e contrarreferência para os pacientes com sequelas ou necessidades especiais no momento da alta hospitalar surgiu pela observação empírica, ao se identificar muitos pacientes com vida pregressa normal que, em decorrência de um evento traumático ou processo patológico, internavam no Hospital de Pronto-Socorro, no município de Canoas/RS, e tinham alta hospitalar com agravos à saúde. Frente a essa problemática, definiu-se como questão norteadora da investigação: qual é a prevalência dos pacientes com sequelas ou necessidades especiais na alta hospitalar, necessitando de acompanhamento à saúde após essa alta?

OBJETIVO

Conhecer a prevalência dos pacientes que recebem alta hospitalar para a comunidade com sequelas ou necessidades especiais, necessitando de acompanhamento à saúde após essa alta.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo de prevalência realizado em um hospital que realiza atendimento de urgência e emergência. O campo de ação foi o Hospital de Pronto-Socorro de Canoas (HPSC), inaugurado em 2005, localizado no município de Canoas, Rio Grande do Sul (RS). Desde setembro de 2010 é administrado por um sistema de saúde privado, prestando atendimento exclusivamente pelo SUS a pacientes, na sua maioria, de baixa renda, apresentando quadros agudos de urgências ou emergências, provenientes do próprio município ou da região metropolitana de Porto Alegre-RS. Disponibiliza atendimento nas especialidades de: neurocirurgia, traumatologia, ortopedia, clínica geral (adulto e pediátrica), trauma, bucofacial e cirurgia plástica, realizando consultas, exames, cirurgias e internações.

A Tabela 1 apresenta o número de altas hospitalares ocorridas no período estudado e os pacientes selecionados para a amostra estudada.

Tabela 1 - Seleção da amostra

Meses de 2014	Nº de alta hospitalar	Amostra	Percentual (%)
Janeiro	562	5	0,89
Fevereiro	569	6	1,05
Março	663	8	1,20
Total	1.794	19	1,06

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

A população desta pesquisa foi composta de pacientes que estiveram internados no HPSC e tiveram alta hospitalar. Para definir a amostra estabeleceu-se como critério de inclusão considerar os pacientes:

- com mais de 72 horas de internação;
- com sequelas ou deficiências no momento da alta hospitalar;
- com necessidade de acompanhamento de contrarreferência;
- não ser pacientes com doenças crônicas ou psiquiátricas.

Os critérios de exclusão foram pacientes com:

- alta hospitalar administrativa;
- óbitos;
- transferência para outro hospital.

Inicialmente, foi impressa uma planilha com altas hospitalares no período entre janeiro e março de 2014, totalizando 1.794. Após realizar a análise, utilizando-se os critérios de exclusão, foram encontradas 1.180 altas para a comunidade (65,8%). Destas, utilizando-se os critérios de inclusão, foram selecionadas para o estudo 19 (1,6%), das quais foram acessados os prontuários eletrônicos, lidos os sumários de alta e a folha social, constando os dados de identificação, e detectadas as condições da alta hospitalar. Podem ter ocorrido perdas amostrais, no caso de não ter sido registrada sequela na nota de alta hospitalar do paciente. Os dados de interesse foram analisados e organizados para o instrumento de pesquisa.

A coleta de dados realizou-se a partir da análise de documentos, acessando o sistema Magnus Vieira (MV), Sistema de Gestão de Saúde, *software* desenvolvido que padroniza e integra processos e informações de todos os dados dos pacientes. As variáveis, investigadas no instrumento desenvolvido, foram pesquisadas no prontuário eletrônico do paciente. Para a coleta de dados, utilizou-se uma ferramenta denominada *Google Drive*, serviço de armazenamento e sincronização de arquivos, elaborando-se uma planilha com as seguintes variáveis:

- nome do paciente;
- telefone para contato;
- data de nascimento;
- idade;
- endereço, rua;
- bairro;
- cidade;
- motivo da internação;
- internação em UTI (sim ou não);
- cirurgia realizada (sim ou não);
- tipo de cirurgia realizada;
- diagnóstico médico;
- histórico de problemas;
- sequelas;
- tempo de permanência;
- data da alta hospitalar.

Essa ferramenta permite arquivar as respostas e oferece a edição de documentos, folhas de cálculo e apresentações.

Os dados foram analisados por percentuais simples, com cálculo de média e apresentados em tabelas.

Como se trata de uma pesquisa retrospectiva com coleta de dados nos prontuários e no sistema, sem identificação do paciente, não houve necessidade de autorização dos participantes. O projeto de pesquisa foi aprovado tanto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Sistema Hospital Mãe de Deus com parecer número 558b/2012, quanto pelo CEP da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) de Canoas, com parecer número 86.967/2012. Esta pesquisa faz parte de um grande projeto iniciado em 2012.

RESULTADOS

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciam o perfil dos 19 pacientes com sequelas no momento da alta hospitalar para a comunidade, precisando de continuidade de acompanhamento de saúde, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de sexo, faixa etária e cidade de origem dos pacientes identificados com sequelas no momento da alta hospitalar. HPS de Canoas, janeiro a março de 2014

Variáveis	Nº casos	%
Sexo		
Feminino	3	15,8
Masculino	16	84,2
Idade		
10-19	1	5,3
20-29	6	31,5
30-39	4	21,1
40-49	3	15,8
50-59	4	21,0
60-69	1	5,3
Cidade		
Campo Novo	1	5,3
Candelária	2	10,2
Canoas	6	31,5
Encantado	1	5,3
Feliz	1	5,3
Igrejinha	1	5,3
Ilópolis	1	5,3
Porto Alegre	1	5,3
Rolante	1	5,3
Santa Maria do Herval	1	5,3
Sapiranga	1	5,3
Sapucaia do Sul	1	5,3
Três Coroas	1	5,3

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Observa-se na Tabela 2 uma amostra constituída de 84,2% (n=16) de pacientes do sexo masculino, com faixa etária variável entre 18 e 69 anos, sendo a média 37,6 anos, com variação de 14,4 anos. Chama a atenção que a maioria – 52,6% (n=10) – encontra-se na faixa etária entre 20 e 39 anos.

Quanto à cidade de origem dos pacientes, houve diversidade: Canoas com seis casos 31,5% (n=6), Candelária dois casos 10,2% (n=2) e demais localidades com 5,3% (n=11).

A Tabela 3 mostra as variáveis: motivos das internações, diagnósticos, especialidades das cirurgias realizadas e tipos de sequelas apresentadas pelos pacientes no momento da alta hospitalar.

Tabela 3 - Distribuição dos motivos das internações, diagnósticos, especialidades, sequelas identificadas nos pacientes no momento da alta hospitalar. HPS de Canoas, jan a março 2014

Variáveis	Nº casos	%
Motivo da internação		
Acidente de trânsito	4	21,1
Ferimento por arma de fogo	3	15,6
Acidente de trabalho	2	10,5
Afasia, disartria, paresia facial e hemiplegia	1	5,3
Choque elétrico	1	5,3
Coma	1	5,3
Ferimento por arma branca	1	5,3
Queimadura segundo grau	1	5,3
Outros acidentes	5	26,3
Diagnóstico médico do paciente		
Traumatismo	10	52,6
Hemorragia intracraniana	3	15,8
Queimaduras	2	10,5
Traumatismo cerebral difuso	2	10,5
Traumatismo vascular	2	10,5
Especialidade das cirurgias		
Cirurgia traumatológica	5	26,3
Cirurgia reparadora	4	21,1
Cirurgia de amputação	2	10,5
Cirurgia neurológica	2	10,5
Cirurgia torácica	2	10,5
Cirurgia vascular	1	5,3
Cirurgia neurológica: traqueostomia; debridamento de tecido desvitalizado.	1	5,3
NR	2	10,5
Sequelas		
Motora	13	68,3
Neurológica	3	15,8
Motora e neurológica	1	5,3
Metabólica	1	5,3
Pulmonar	1	5,3

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Quanto ao motivo da internação, constata-se o perfil dos pacientes atendidos em hospital de urgência e emergência, visto que 89,60% (n=17) deles internaram em decorrência de acidentes, seja de trânsito, de trabalho, choque elétrico, ferimento por arma branca (FAB), ferimento por arma de fogo (FAF), queimaduras ou outros tipos de acidentes.

No momento da alta hospitalar, 19 pacientes pesquisados apresentavam sequelas, com necessidade de continuidade no atendimento por profissionais de saúde. As sequelas identifica-

das foram: motora 68,3% (n=13); motora e neurológica 5,3% (n=1); neurológica 15,8% (n=8); pulmonar 5,3% (n=1); e metabólica 5,3% (n=1).

Da amostra pesquisada, somente 26,3% (n=5) precisaram internar na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e 94,7% (n=18) foram submetidos à cirurgia em algum momento da internação hospitalar, conforme apresenta a Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das internações na UTI e realização de cirurgias dos pacientes internados no HPS de Canoas, jan a março 2014

Variáveis	Nº casos	%
Internação na UTI		
Não	14	73,7
Sim	5	26,3
Cirurgias		
Não	1	5,3
Sim	18	94,7

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Um dado importante identificado no estudo foi a ocorrência de 1.794 altas hospitalares entre janeiro e março de 2014, porém 524 por transferência para outros hospitais, na maioria para o Hospital Universitário de Canoas, administrado pelo mesmo sistema de saúde do HPSC, como também para outros hospitais do local de origem do paciente.

Ainda em relação ao número total de altas hospitalares, ocorreram 69 por óbitos, 14 por fuga, seis por alta a pedido e uma alta administrativa. As restantes ocorreram por: pacientes com problemas psiquiátricos e crônicos, internação de menos de três dias e altas sem sequelas. Portanto, considerando apenas as 1.180 altas hospitalares ocorridas para a comunidade, 19 foram de pacientes com sequelas ou necessidades especiais, representando 1,6% dessa amostra.

DISCUSSÃO

O perfil da amostra desta pesquisa (n=19), constituído de 84,2% (n=16) de pacientes do sexo masculino, 52,6% (n=10) na faixa etária entre 20 e 39 anos, confirma a literatura, revelando a maior frequência de homens jovens e a maior vulnerabilidade destes em relação à violência urbana. No Brasil, mais de 80% dos atos considerados violentos atingem indivíduos do sexo masculino, dos quais os jovens são as principais vítimas e agentes.⁶

No que diz respeito à idade, pesquisas epidemiológicas demonstram que o trauma é mais frequente na faixa etária entre 15 e 44 anos⁴; 71% dos pacientes com trauma de membro inferior no caso desta pesquisa tinham idade entre 20 e 45 anos, sendo a maioria do sexo masculino. O acometimento de homens jovens talvez seja influenciado pela tendência a serem

mais agressivos no trânsito e pelas características próprias da idade, tais como: impulsividade, imaturidade, busca de sensações intensas, pouca experiência para dirigir, motivação e influência do grupo de amigos e comportamento delinquente.⁶

O Hospital de Pronto-Socorro de Canoas, planejado inicialmente para atender apenas os casos mais graves ocorridos no município, passou a acolher também pacientes dos municípios vizinhos. Atende diariamente 400 pacientes, sendo referência para 36 municípios da região metropolitana de Porto Alegre e também para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), fazendo com que sejam encaminhados para Canoas pacientes de qualquer parte do estado.⁷

O processo de descentralização tem aumentado o contato do SUS com a realidade das necessidades da população, organizando uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, atendendo às demandas locais.⁸ O que caracteriza o município de Canoas é o fato de a cidade estar dividida longitudinalmente por uma BR, a maior rodovia pavimentada do país, onde frequentemente ocorrem acidentes. Muitos desses acidentados são encaminhados para o hospital do estudo, pela sua boa infraestrutura de atendimento. Estudo avaliando 10 serviços de urgência/emergência hospitalar da rede de referência macro e microrregional em Pernambuco classificou o processo de atividades de rotina e de referência/contrarreferência da maioria dos hospitais como deficiente, estando entre estes todas as unidades de referência microrregionais e uma macrorregional.⁹ Infere-se que essa realidade encontrada no Nordeste do Brasil não é diferente daquela da região Sul; por isso, acredita-se que muitos pacientes acidentados são conduzidos para esse hospital por ele ser relativamente novo e bem equipado para o atendimento de urgência e emergência.

O termo "acidente" tem sido definido como um acontecimento inesperado ou evento não planejado que se verifica a partir de uma combinação de causas, podendo resultar em dano físico ou mental.¹⁰ Nessa amostra, 89,5% (n=17) das 19 internações ocorreram por acidentes dos mais diversos. Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde que pode ou não levar a óbito. Mais de 1,2 milhão de pessoas morrem a cada ano nas estradas do mundo, e entre 20 e 50 milhões sofrem lesões não fatais.¹¹

O trauma atinge o primeiro lugar entre os agravos que acometem a população, tornando-se um grave problema de saúde pública, pela magnitude das sequelas que produz principalmente em indivíduos mais jovens e potencialmente produtivos.¹²

Estudo tendo como fonte o Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS, do Ministério da Saúde, explorou os dados e, dentro das suas possibilidades, fez uma aproximação do número de sequelas; o trabalho foi constituído por internações hospitalares SUS em hospitais próprios e conveniados, em 2008, por lesões decorrentes de acidentes de trânsito. Do total de inter-

nações SUS (11.031.870), foram selecionadas as correspondentes a hospitalizações por lesões na variável "diagnóstico principal"; casos cujas lesões tivessem sido decorrentes de acidentes de transporte terrestre na variável "diagnóstico secundário". O número de internações que preencheram esses requisitos foi de 94.390, permitindo encontrar os seguintes resultados: 2.729 casos de sequelas – certeza, 18.497 casos de TCE (sequela – provável) e 984 casos de queimaduras. As internações por lesões possíveis de originar sequelas totalizaram 22.210. Salientou-se que esse valor refere-se a um número mínimo de casos, visto que estão enquadradas somente as lesões com mais probabilidade de gerarem sequelas, podendo haver outras.¹³

Na maioria das vezes, o trauma moderado a grave resulta em fratura, estando entre as principais causas de morte na faixa etária entre cinco e 40 anos, sendo responsável pela perda de maior número de anos de vida do que qualquer outra afecção, acarretando gastos que, direta ou indiretamente, alcançam cifras astronômicas.¹⁴ O presente estudo evidenciou 14 internações com diagnóstico médico de traumatismo, assim classificadas na nota de alta: traumatismo (10), traumatismo cerebral difuso (2) e traumatismo vascular (2).

Pode-se considerar o trauma como um complexo problema de saúde pública no Brasil pelas seguintes justificativas: 400 mil vítimas sofrerão com as sequelas definitivas; o trauma consome mais anos de vida do que os dois principais problemas de saúde relacionados aos índices de mortalidade no país, as doenças cardiovasculares e as neoplasias; gera altos custos diretos e indiretos com a assistência, perfazendo um valor superior à dívida externa do país; e constitui problema de saúde em consequência às mudanças sociais, econômicas e políticas, como o desemprego, a marginalização e o desenvolvimento automobilístico.⁴

Quanto às cirurgias mais realizadas, relacionaram-se ao motivo da internação, sendo a especialidade com mais demanda a traumatológica, com 26,3% (n=5), seguida da cirurgia plástica reparadora, com 21,1% (n=4). Pesquisa realizada em um hospital do interior de São Paulo objetivando conhecer a qualidade dos dados de internação por causas externas encontrou nos acidentes de transporte e nas quedas, respectivamente, a primeira e segunda causa de internação.¹⁵ Acidentes provocam fraturas envolvendo especialmente jovens no trânsito e idosos nas quedas, podendo levar o paciente a ser submetido a cirurgias tanto de traumatologia quanto de plástica reparadora.

A Tabela 3 mostra as sequelas motoras com 68,3% (n=13), os pacientes neurológicos com 15,8% (n=3), as motoras e neurológicas com 5,3% (n=1) e sequelas metabólica e pulmonar com um caso cada. Sequelas motoras são as incapacidades resultantes mais notáveis e afetam cerca de 80% dos pacientes, prejudicando os movimentos em pelo menos um dos lados do corpo e causando limitação tanto no exercício de atividades cotidianas quanto nas interações interpessoais. As sequelas

motoras são extremamente onerosas para pacientes, famílias e sociedade, devido às limitações físicas e cognitivas resultantes e aos custos envolvidos com a reabilitação.¹⁶ O paciente com sequelas neurológicas apresenta uma série de alterações orgânicas e psíquicas em decorrência da não aceitação da doença e, conseqüentemente, da não aceitação do seu corpo, visualizado como representante dessa condição.¹⁷

Devido às incapacidades decorrentes da doença, compatibilizar sequelas e qualidade de vida tem sido um desafio tanto para profissionais de saúde como para as pessoas que vivem a doença e seus familiares.¹⁸ Nos últimos anos tem ocorrido crescente reconhecimento das conseqüências determinadas pelo trauma, em médio e longo prazos, de aumento das necessidades especiais e diminuição da qualidade de vida das vítimas. Esse impacto não é apenas relacionado às alterações anatômicas e fisiológicas iniciais, mas também aos aspectos psicológicos e sociais do atendimento agudo e da reabilitação.¹⁹ Para oferecer melhor qualidade de vida ao paciente com grau de incapacidade, a educação em saúde é fundamental para a realização do cuidado, geralmente desempenhado por cuidadores familiares e/ou profissionais de saúde, tornando, portanto, necessário discutir a assistência prestada no âmbito das políticas de saúde pública.¹⁸

Os pacientes politraumatizados são especialmente jovens, membros mais produtivos da sociedade, gerando um problema de saúde devastador, destrutivo e oneroso, considerando o tratamento hospitalar e o período de reabilitação, em alguns casos se estendendo por meses ou prolongando-se por toda a vida. Apresentando um prognóstico sombrio, esse tipo de paciente geralmente necessita do sistema de referência para pronto atendimento, e do sistema de contrarreferência para dar continuidade ao tratamento, contudo, resultados de um estudo recente mostram fragilidades e deficiências do sistema de referência e contrarreferência nos locais de saúde, com práticas assistenciais fragmentadas e desconexas.²⁰ Segundo o comitê do *Prehospital Trauma Life Support Trauma First Response* (PHTLS) da *National Association of Emergency Medical Technicians* (NAEMT), nos Estados Unidos ocorrem cerca de 60 milhões de traumas a cada ano, 30 milhões determinando atendimento de profissionais da saúde e 9 milhões originando sequelas; destas vítimas, 8,7 milhões estarão com sequelas temporárias e 300 mil com sequelas irreversíveis.²¹

O sistema de referência representa elevado grau de complexidade, cujo usuário é encaminhado para receber o atendimento nas especializações mais complexas, nos hospitais e clínicas especializadas. O sistema de contrarreferência direciona para o menor grau de complexidade, para o serviço de saúde mais modesto, onde o paciente é "contrarreferenciado para atendimento de nível primário"^{22:67}, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de sua residência. No nível terciário há

uma lógica de assistência por prioridades e especialidades, dissociada dos demais níveis de atenção à saúde, identificando-se deficiências na rede de atendimento.²³

Reunir os sistemas de saúde de maior e menor complexidade, "como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços",^{24:89} é essencial para propor ao paciente uma continuidade no seu atendimento. Para que isso ocorra, é fundamental existir "um sistema de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde, em que um serviço informa o outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo".^{22:29} Porém, ainda estamos muito distantes dessa integração entre as redes de saúde, com efetivo sistema de referência e contrarreferência. Estudo realizado em um município desenvolvido do Rio Grande do Sul, que objetivou conhecer e analisar o sistema de referência para o encaminhamento de pacientes com diagnóstico de tuberculose, encontrou nos 239 prontuários avaliados que "157 (65,7%) não apresentavam documento de referência nem qualquer tipo de encaminhamento, 53 (22,2%) apresentavam receituário médico como forma de encaminhamento e 29 (12,1%) continham o documento oficial de referência e contrarreferência. [...] Nenhum registro referente à contrarreferência foi encontrado".^{24:89}

Existe a necessidade de uma rede de atenção composta de serviços e níveis de atenção hierarquizados que ofereça suporte às ações das equipes.²⁵ A Estratégia de Saúde a Família (ESF) surgiu como forma de reorientar o sistema de saúde a partir da atenção básica, entretanto, isso não significa que a ESF deverá ter toda a responsabilidade e encargos que cabem aos três níveis de atenção. Profissionais entrevistados em estudo²⁵ mencionaram falta de serviços com objetivos distintos como reabilitação, cuidado de enfermagem, cuidado paliativo, cuidado para portadores de incapacidade física e/ou mental fragmentado e dificuldade de prestar uma assistência longitudinal e cuidadora.²⁵ Portanto, assim como nos serviços hospitalares, na atenção primária também é imprescindível a referência e contrarreferência aos demais níveis de atenção para alcançar a integralidade da atenção, princípio do SUS. A integralidade buscada somente será totalmente efetivada a partir do monitoramento, acompanhamento e avaliação de sistemas de referência e contrarreferência.²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal limitação deste estudo foi em relação à estrutura da instituição, com setor acomodando reduzido número de pessoas, sem acesso imediato ao arquivo da instituição, necessitando solicitar com antecedência os prontuários para um colaborador selecionar os pretendidos e ainda disponibilizar um local. Quanto aos registros, nem sempre eram adequados e suficientes.

Esta pesquisa permitiu conhecer as características dos pacientes que receberam alta do Hospital de Pronto-Socorro de

Canoas com sequelas ou necessidades especiais após a alta, necessitando de continuidade ao tratamento na comunidade. Identificaram-se, no período entre janeiro e março de 2014, 19 pacientes com sequelas ou necessidades especiais no momento da alta hospitalar. A faixa etária da amostra pesquisada encontrava-se entre 18 e 69 anos e foram diversos os motivos que levaram à internação: acidente por arma de fogo e arma branca, acidente de trabalho, coma, choque elétrico, acidente de trânsito, queimadura de segundo grau, acidente vascular cerebral, entre outros acidentes (amputação, queda, mal súbito).

Durante este trabalho percebeu-se a importância da equipe multiprofissional na assistência ao paciente nos aspectos físico e emocional. Tendo em vista a falta de adequado atendimento após a alta hospitalar, com pacientes propensos a novos retornos hospitalares por não continuarem o acompanhamento, acredita-se que o sistema de contrarreferência facilitaria o acesso ao sistema de saúde, evitando complicações decorrentes da interrupção do tratamento.

Embora a prevalência de pacientes com sequelas ou necessidades especiais na amostra pesquisada tenha sido baixa, representando 1,6% das 1.180 altas ocorridas para a comunidade, esse número é significativo quando se verifica que 73,7% dos pacientes encontravam-se com idade entre 10 anos e 49 anos, ou seja, jovens com todo potencial produtivo.

Como este estudo trata-se de um recorte de uma pesquisa maior, será necessário analisar os dados em período maior de tempo.

REFERÊNCIAS

- Millão LF, Figueiredo MRB, organizadores. *Enfermagem em Saúde Coletiva*. São Caetano Sul, SP: Difusão; Rio de Janeiro: Editora Senac; 2012. v.1
- Fratini JRG, Saube R, Massroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2008 jan/mar; 7(1):65-72.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. *Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- Di Credo PF, Felix JVC. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(1): 126-31.
- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira Neiva Francenely Cunha, Maria Graziela Teixeira Barroso. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saude Coletiva*. 2007 mar/abr; 12(2): 335-42
- Santos AMR, Moura MEB, Nunes BMV, Leal CFS, Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8): 1927-38.
- Canoas (RS). Prefeitura Municipal de Canoas. Normalizada a situação no HPS de Canoas. Canoas: PMC; 2010.
- Sauter AMW, Girardon-Perlini NMO, Kopf AW. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. *REME Rev Min Enferm*. 2012; 16(2): 265-74.
- Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1508-18.
- The African Newsletter on Occupational Health and Safety. World Health Organization. Institute of Occupational Health. 2009; 19(1):4-6.
- Global status report on road safety: time for action. Geneva: World Health Organization: 2009.
- Mesquita GV, Oliveira FAFV, Santos AMR, Tapety FI, Martins MCC, Carvalho CMRS. Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):273-9.
- Mello-Jorge MHP, Koizumi MS. Internações hospitalares, Brasil, 2008: um estudo de pacientes hospitalizados por lesões decorrentes de acidentes de transporte terrestre: relatório de pesquisa. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 29(1):36-45
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. 68 p. Série E. Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4: 63.
- Melione LPR, Jorge MHPM. Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(3): 379-92.
- Langhorne P, Coupar F, Pollock A. Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2009; 8:741-54.
- Andrade SM, Moreira KLAF, Oliveira EA, Santos JBO, Quirino MAB. Independência funcional e qualidade de vida em pacientes com sequelas neurológicas: a contribuição de um grupo terapêutico interdisciplinar. *Ciênc Cogn*. 2010; 15(2):155-64
- Gindri G, Argimon III, Fonseca RP. O cuidado após um acidente vascular cerebral: reflexões do indivíduo à saúde pública. *Rev Grifos*. 2010 jun; 28:89-105.
- O'Donnell ML, Creamer M, Elliott P, Atkin C. Determinants of quality of life and role-related disability after injury: impact of acute psychological responses. *J Trauma*. 2005; 59(6):1328-34.
- Brito MCC, Freitas CASLS, Silva MJ, Dias IMAN, Albuquerque IMAN, Dias MSA. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. *J Res Fundam Care online*. 2014 jul./set; 6(3):1128-38
- Prehospital Trauma Life Support Trauma First Response (PHTLS). National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado*. 5ª ed., 7ª reimp. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
- Fratini JRG. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2007.
- Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMAN, Dias MSA, Gomes DF. Descrição da rede de atendimento ao idoso sob o enfoque da integralidade. *Rev Enferm UFPE online*. 2015 fev; 9 (supl. 2):830-6.
- Possuelo L, Rosa AW, Poli H, Battistiti F, Sartori MS, Reis AJ, Moraes M, Valim ARM. Tuberculose: um estudo sobre referência e contrarreferência em serviços de saúde. *Rev Epidemiol Controle Infecç*. 2012; 2(3):89-93.
- Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2011 abr; 27(4):779-86.