

# REINTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: CONHECENDO A MAGNITUDE DO PROBLEMA

PEDIATRIC READMISSION: KNOWING THE EXTENSION OF THE PROBLEM.

*Lélia Maria Madeira*<sup>1</sup>  
*Emiko Yoshikawa Egry*<sup>2</sup>  
*Nágela Cristine Pinheiro Santos*<sup>3</sup>

**RESUMO:** As internações sucessivas de crianças têm sido objeto de estudo de autores, tanto nacionais como internacionais. Embora quase todos reconheçam a interrelação entre este fenômeno com as condições de vida da criança e a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde, a falta de critérios mais precisos fazem com que, de fato, não se conheça a magnitude do problema e, principalmente, as razões para a ocorrência tão freqüente em nosso meio. Esta pesquisa exploratória-descritiva, parte de um projeto mais amplo e buscou conhecer a magnitude do problema das reinternações, através da caracterização das crianças reinternadas em uma instituição hospitalar. Foi realizada no Centro Geral de Pediatria (CGP), de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro de 1993. Os dados foram coletados, principalmente nos prontuários e registros de internações. Entre os resultados as reinternações infantís extrapolam os dados oficiais do próprio hospital; há predomínio de estados mórbidos evitáveis como desencadeadores das reinternações; a maioria das crianças provém de zonas periféricas do Município, onde se concentra a população de baixa renda e de condições precárias de vida, entretanto os critérios adotados pela instituição são insuficientes para refletir a magnitude deste problema.

**UNITERMOS:** Assistência à criança - Criança hospitalizada - Reinternação em pediatria.

## INTRODUÇÃO

A criança brasileira, bem como a assistência a ela prestada, tem sido alvo de preocupação e discussão nos diferentes segmentos da sociedade. Essa faixa etária tem sido priorizada para a assistência à saúde, o que se justifica, não só por sua representatividade numérica mas também pela importância atribuída à mesma, no que se refere ao futuro da nação.

<sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem da Esc. Enf. USP, Mestra em Enf. Pediátrica, Profa. Adjunta da Esc. Enf. UFMG.

<sup>2</sup> Livre Docente, Doutora em Enfermagem, Prof. Associado da Esc. Enf. USP.

<sup>3</sup> Aluna do Curso de Graduação da Esc. Enf. UFMG, Bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

É reconhecido o estado de miserabilidade crescente em nosso país, sendo agravada a situação das crianças provenientes de famílias pobres, dadas as condições de vida nos grandes centros urbanos.

O relatório da UNICEF (1984), que trata dos serviços básicos para as crianças e mulheres do meio urbano pobre, estima que até o ano 2000, se as proporções atuais de crescimento se mantiverem, a população urbana que vive na pobreza totalizará cerca de um bilhão de pessoas, das quais um terço estaria abaixo de 15 anos de idade. Afirma que a situação é particularmente mais grave nos países em desenvolvimento, com enormes desigualdades na distribuição de renda, cujo sistema de produção não absorve toda a mão de obra, gerando o desemprego e, ao mesmo tempo, deixando os pobres privados de serviços básicos, tais como os de educação e de saúde, repercutindo devastadoramente sobre as famílias urbanas mais pobres.

Analisando as tendências da mortalidade infantil no Brasil, de 1980 a 1988, *Ortiz* (1992) mostra que houve uma redução dos seus indicadores: de 76 por mil nascidos vivos em 1980 para 51 por mil nascidos vivos em 1987. No entanto, ressalta ser este coeficiente ainda muito alto se comparado com outros países da América Latina em condições similares de desenvolvimento.

Tratando-se dos aspectos de morbi-mortalidade infantil, sabe-se que a faixa etária mais vulnerável encontra-se nos primeiros anos de vida e que a desnutrição, desencadeadora de uma série de agravos à saúde, acomete as crianças urbanas mais precocemente.

Do ponto de vista da legislação, foi grande o avanço em direção à melhoria da saúde deste contingente populacional. A partir da Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), incorporaram-se e reafirmaram-se os princípios e diretrizes dos Programas de Atenção à Criança e, em 1990, foi aprovada a Lei nº 8069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Apesar das conquistas garantidas pela legislação brasileira, muito pouco tem sido implementado na prática para reverter o quadro de morbi-mortalidade infantil. Na área da saúde, constata-se muito mais o privilegiamento da cura, com a expansão da assistência hospitalar e adoção de tecnologias caras e sofisticadas, em detrimento de medidas de caráter preventivo das enfermidades e de promoção da saúde. Mesmo assim, o acesso a estes equipamentos hospitalares é cada vez mais limitado ao grande contingente populacional, tornando-se mais grave o problema da assistência à saúde quando não se verifica a necessária integração entre os diferentes níveis de assistência, ou seja, evidencia-se a inexistência do sistema formal de referência e contra-referência, favorecendo o isolamento da assistência nas instituições e as ações assistematizadas e não processuais.

A hospitalização, por sua vez, é uma conduta que só deveria ser efetivada quando já tivessem sido esgotadas todas as outras possibilidades de tratamento, principalmente quando se refere à criança. São inúmeros os malefícios que a

hospitalização pode trazer para ela e estes foram amplamente retratados pelos estudiosos (*Barbosa, s/d; Ranna "et al", 1993*) que abordam o tema, dando destaque aos aspectos emocionais, uma vez que o hospital é considerado como um ambiente hostil, agravado pelo modo como a criança é tratada nas instituições hospitalares. Ao emocional acrescentam-se os problemas diversos que a hospitalização de uma criança desencadeará em sua família.

Nas clínicas pediátricas é alta a reincidência de internação, pelo mesmo motivo ou por problemas conseqüentes à internação anterior. Com freqüência encontram-se crianças que, aos 12 meses de vida, foram hospitalizadas por até 5 vezes, tendo como causa básica a desnutrição ou outras causas relacionadas à sua condição de vida.

São inúmeros os estudos realizados com a finalidade de evidenciar as determinações sociais, econômicas e demográficas que incidem sobre os quadros de morbi-mortalidade infantil.

*Refinetti "et al"* (1982) realizaram um estudo retrospectivo de crianças reinternadas em um hospital da Cidade de São Paulo e relacionaram a ocorrência das internações com o grau de desnutrição dessas crianças.

*Glasgow "et al"* (1991) estudaram as readmissões de crianças norte-americanas diabéticas, relacionando-as com as condições de assistência e as características sócio-econômicas, sugerindo o redirecionamento da assistência prestada a esta população.

*Wilson "et al"* (1990) identificaram que, dentre as crianças inglesas de baixo peso que se reinternavam, a maioria delas era prole de mães adolescentes. Constataram, ainda, que quanto mais jovem a mãe mais vezes a criança havia se hospitalizado.

Outros estudos, como os de *Madeley* (1978), *Nicoll "et al"* (1986) e *Conrad "et al"* (1989), todos referentes às populações infantis de áreas carentes de países desenvolvidos, apontam para a determinação das condições de vida sobre os quadros de morbi-mortalidade encontrados nas respectivas populações.

Focalizando-se as crianças brasileiras de áreas urbanas e de famílias abaixo ou no limiar da linha de pobreza, a determinação social sobre os estados mórbidos torna-se evidente. Sabe-se que muitas dessas crianças hospitalizam-se tão freqüentemente que passam a ser conhecidas como "freguesas" nas unidades de pediatria, vivendo o ciclo vicioso internação-alta-internação impulsionado pelas precárias condições de vida e de assistência à saúde.

A preocupação com a questão das reinternações infantis está presente no meio dos técnicos de saúde de algumas instituições hospitalares, no entanto, o

estudo aprofundado desta questão carece de dados estatísticos fidedignos e sistematizados que mostrem a sua real magnitude.

É nesse sentido que o presente estudo propôs realizar um levantamento retrospectivo de crianças reinternadas no Centro Geral de Pediatria (CGP), com os seguintes **objetivos**:

- conhecer a magnitude da reinternação infantil nesta instituição;
- caracterizar as crianças reinternadas no CGP;
- identificar a procedência das crianças.

## **METODOLOGIA**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

O estudo foi realizado no Centro Geral de Pediatria (CGP), unidade hospitalar da rede estadual de saúde de Belo Horizonte (MG), localizada na região centro-sul da cidade e que atende à população infantil na faixa etária compreendida entre 0 a 12 anos.

A fonte privilegiada dos dados desta investigação foi constituída pelos prontuários das crianças que se reinternaram nesta mesma instituição, no período de janeiro a dezembro de 1993, perfazendo um total de 215 prontuários.

Para esta pesquisa, foi considerada **reinternada** toda criança que experimentou mais de uma internação naquela mesma instituição, independentemente de seu diagnóstico, da idade e do intervalo entre uma internação e outra.

As variáveis definidas para este estudo foram: número de internações por criança; idade da criança em cada internação; diagnósticos; tempo de permanência; internações em outras instituições; endereço e distrito sanitário de origem da criança.

As etapas percorridas para a coleta de dados foram:

- Consulta aos censos diários e mensais do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), para identificar todos os números de prontuários de crianças internadas na instituição, de janeiro a dezembro de 1993, num total de 2606 internações.
- Busca dos prontuários que registraram mais de uma internação, através de checagem manual. Dos 2606 prontuários apenas 41 (1,6%) não foram localizados e 215 (8,25%) tinham registro de mais de uma internação.
- Coleta de dados dos 215 prontuários através de um instrumento específico (Anexo I).

As informações coletadas foram tabuladas e os dados tratados estatisticamente, por frequência absoluta e percentual e representados em tabelas e quadros.

Ressalte-se na metodologia a verticalização - utilizando-se dados mensuráveis - do fenômeno da reinternação infantil do ponto de vista da saúde coletiva, ou seja, de uma abordagem social da questão.

#### DESCRIÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

O Centro Geral de Pediatria (CGP) é uma instituição pública, estadual, que atende à grande massa da população infantil da Capital, além de crianças provenientes de outras cidades do Estado de Minas Gerais e, em menor número, de outros Estados.

Está localizado no Distrito Sanitário Centro-Sul, área central da cidade. Apesar do Sistema Único de Saúde, não se encontra municipalizado por questões relativas à política local.

O CGP oferece assistência à criança em serviços ambulatoriais através do Ambulatório de Urgência que atende, em média, 300 crianças por dia e do Centro de Atenção ao Desnutrido (CAD), além de outros serviços. Contém uma unidade de semi-internação, com 20 leitos distribuídos para os que se encontram em observação e em terapia de rehidratação oral (TRO).

A capacidade instalada do hospital é de 130 leitos, no entanto, apenas 95 estão sendo utilizados, em decorrência de constantes crises financeiras e de recursos humanos, que têm ocasionado variação do número de leitos ofertados.

A distribuição dos leitos, hoje, é de 45 para doenças infecto-contagiosas (DIC) e 30 para a clínica geral.

O CGP é um equipamento hospitalar de referência estadual para doenças infecto-contagiosas que acometem as crianças, tais como: meningite, difteria, hepatite, caxumba, varicela, rubéola, leishmaniose, cólera, AIDS, raiva humana e tuberculose.

Por sua característica de atendimento à população excluída socialmente, há demanda elevada de usuários da cidade de Belo Horizonte e de outras circunvizinhas, especialmente da clientela portadora de doenças relacionadas à pobreza.

O sistema de referência, tanto para o ambulatório quanto para a internação, é inexistente, ou seja, atende à livre demanda nas 24 horas do dia. Quanto à contra-referência, esta ocorre precariamente, uma vez que não foi viabilizada nenhuma estratégia formal entre a instituição hospitalar e a rede básica de serviços de saúde.

Devido à grande demanda dos usuários ao ambulatório de urgência e do número limitado de leitos hospitalares, muitas crianças atendidas no ambulatório do CGP são encaminhadas às outras instituições de internação, o que ocorre através da Central de Leitos do SUS/Belo Horizonte, ao qual o CGP está integrado.

A criança admitida na unidade de internação, em geral, é proveniente do ambulatório de urgência ou da unidade de semi-internação. Ao receber a alta é encaminhada para o retorno ao ambulatório de especialidades.

O CGP possui em seu quadro de recursos humanos pessoal especializado para o atendimento à criança: equipe médica (preceptor, residente e interno); equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes); equipe de saúde mental (psiquiatra, psicólogos e estagiários de psicologia; terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e assistente social.

A reinternação infantil, freqüente nessa instituição, constitui motivo de preocupação para os seus técnicos de saúde. No SAME, os dados de reinternação são anotados pelo funcionário leigo do setor, segundo o entendimento de que **reinternação** se refere à internação da criança que retorna ao hospital, dentro do prazo máximo de 30 dias após a alta, portando **exatamente o mesmo diagnóstico** da internação anterior. Obviamente, este entendimento impede a visualização correta da magnitude do problema das reinternações nesta instituição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos censos diários e mensais do SAME do CGP foram encontrados ofertas de leitos oscilando entre 70 a 90, no período de janeiro a dezembro de 1993, com um total de 2606 internações.(Quadro I)

**QUADRO 1 - MOVIMENTO MENSAL DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO NOS 2º E 3º ANDARES DO CGP - FHEMIG - JANEIRO A DEZEMBRO 1993**

MÊS	LEITOS n	INTERNAÇÕES (n)			TAXA DE SAÍDA (*)			REINTERNAÇÕES-CGP (**)			REINTERNAÇÕES PESQ(****)		
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)	
		Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
Janeiro	81	096	67	163	92	62	154	1	-	1	13	07	20
Fevereiro	97	112	79	191	96	74	170	2	1	3	19	16	35
Março	97	142	71	213	135	77	212	-	-	-	26	12	38
Abril	89	106	83	189	126	72	198	-	-	-	11	13	24
Mai	89	115	62	177	122	67	189	1	2	3	14	16	30
Junho	89	119	82	201	119	95	214	2	3	5	15	15	30
Julho	89	135	95	230	137	92	229	2	4	6	16	24	40
Agosto	89	169	106	275	155	108	263	3	5	8	24	21	45
Setembro	89	136	127	263	133	132	265	-	-	-	17	30	47
Outubro	89	169	117	286	169	116	285	-	1	1	18	16	34
Novembro	90	157	80	237	156	93	249	-	-	-	16	11	27
Dezembro	70	102	79	181	121	77	198	2	1	3	11	08	19
TOTAL		1558	1048	2606	1561	1065	2626	13	17	30	200	189	389

FONTE (a), (b), (c) - Censos diários e mensais do Centro Geral de Pediatria (CGP).

(\*) Taxa de saída - altas, óbitos e transferências no período.

(\*\*) Reinternação CGP - de acordo com o critério da Instituição.

(\*\*\*\*) Reinternação PESQ - de acordo com o critério desta pesquisa.

De acordo com o movimento mensal das unidades de internação, foram computadas do total de 2606 internações 30 reinternações (1,1%), conforme os critérios utilizados pela Instituição. Contrastando com estes números, foram localizados 215 prontuários que registravam mais de duas internações na mesma instituição, representando 8,2% do total das internações em 1993, ou seja, sete vezes maior, quando o critério para a busca foi o desta investigação.

A totalidade dos prontuários que apontavam reinternações (215) foi vasculhada segundo o instrumento especificamente elaborado para esta pesquisa e já mencionado anteriormente. Nesse total foram encontradas crianças que se hospitalizaram por até 7 (1,9%) vezes só no CGP e uma criança que se hospitalizou por 8 (0,5%) vezes, sendo que a maioria, 75 (76,7%), se hospitalizou por 2 vezes, conforme mostra a Tabela 1.

**TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DE CRIANÇAS E OCORRÊNCIA DE INTERNACÃO. CGP BH - 1993**

OCORRÊNCIA	CRIANÇAS		INTERNAÇÕES	
	Fi	%	Fi	%
2	165	076,7	330	063,7
3	032	014,9	096	018,5
4	010	004,6	040	007,7
5	002	000,9	010	002,0
6	001	000,5	006	001,2
7	004	001,9	028	005,4
8	001	000,5	008	001,5
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>	<b>518</b>	<b>100,0</b>

As 215 crianças produziram o total de 518 internações (ocorrência x nº de crianças) e destas internações 389 ocorreram de janeiro a dezembro de 1993, correspondendo a 14,9% das internações no ano, conforme apresentado no Quadro I.

Estes dados indicam a magnitude do problema das reinternações de crianças nessa Instituição. Enquanto os registros do SAME mostram 30 reinternações, ao se utilizar um critério mais ampliado e tecnicamente mais coerente, foram encontradas 389 ocorrências no mesmo período, ou seja, 12 vezes maior.

Conhecer a extensão do problema levou à necessidade de caracterização desta clientela em relação: à idade, à procedência segundo a cidade, ao distrito sanitário e ao bairro de residência.

O estudo sobre a naturalidade das crianças ficou comprometido considerando-se que em 46,5% dos prontuários não havia o registro deste dado.

Observou-se que houve predomínio da faixa etária dos menores de 2 anos de idade, tanto relativo à primeira quanto à última internação, correspondendo, respectivamente, a 144 (76,0%) e 120 (55,8%) dos 215 prontuários examinados. (Tabela 2)

**TABELA 2 - IDADE DAS CRIANÇAS REINTERNADAS NO CGP POR OCASIÃO DAS PRIMEIRA E ÚLTIMA INTERNAÇÃO - BH - 1993**

IDADE	1ª INTERNAÇÃO		ÚLTIMA INTERNAÇÃO	
	F	%	F	%
< 6 meses	059	027,4	030	013,9
6  -- 12 meses	042	019,6	044	020,5
1  -- 2 anos	043	020,0	046	021,4
2  -- 3 anos	011	005,1	018	008,4
3  -- 4 anos	011	005,1	017	007,9
4  -- 5 anos	005	002,3	009	004,2
5  -- 10 anos	035	016,3	036	016,7
10 anos e +	009	004,2	015	007,0
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>

Estes achados corroboram os estudos realizados em saúde infantil, que afirmam ser o lactente (0 a 2 anos) o mais vulnerável aos agravos à saúde, sendo, portanto, a faixa etária mais exposta aos processos mórbidos e, por isso, aquela que mais demanda consultas médicas, conseqüentemente a que mais está presente nas unidades de internação pediátrica (BRASIL, 1985; *Ebrahim*, 1985; *Victoria* "et al", 1988).

Conforme mencionado anteriormente, o CGP atende à clientela infantil provinda dos bolsões de pobreza da cidade de Belo Horizonte. Ainda, por se tratar de unidade de referência para as doenças infecto-contagiosas, recebe crianças de todo o Estado de Minas Gerais. É fato constatado que existe uma associação positiva entre a ocorrência de doenças infecciosas e a carência de suprimento das necessidades básicas da criança, geradas em situações de pobreza. Na Tabela 3 pode-se verificar que, das crianças reinternadas no período estudado, houve um predomínio daquelas residentes na Capital - 128 (59,5%), seguidas das provenientes de cidades circunvizinhas 63 (29,3%) e de cidades do interior do Estado 21 (9,8%).

**TABELA 3 - ORIGEM DAS CRIANÇAS REINTERNADAS NO CGP POR CIDADE - 1993 - BH.**

CIDADE	CRIANÇAS	
	F	%
Belo Horizonte	128	059,5
Cidades da grande BH	063	029,3
Cidades do interior de MG	021	009,8
Cidades ignoradas	003	001,4
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>

O mapeamento de acordo com o local de residência mostrou que, das 128 crianças reinternadas provenientes da Capital, o Distrito Sanitário de maior

afluência ao CGP foi o Leste - 38 (29,7%), seguido pelos Centro-Sul 23 (18,0%) e Nordeste 20 (15,6%). Vale registrar que no período considerado afluíram crianças de todos os 9 Distritos Sanitários de Belo Horizonte, distinguidos obviamente em termos proporcionais. (Tabela 4)

**TABELA 4 - DISTRITO SANITÁRIO DE ORIGEM DE CRIANÇAS REINTERNADAS NO CGP - 1993 - BH**

DISTRITO SANITÁRIO	CRIANÇAS	
	F	%
Leste	038	029,7
Centro-Sul	023	018,0
Nordeste	020	015,6
Noroeste	015	011,7
Norte	010	007,8
Oeste	010	007,8
Venda Nova	006	004,6
Pampulha	004	003,2
Barreiro	002	001,6
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Importante destacar que, apesar do CGP estar localizado no Distrito Sanitário Centro-Sul, não foi este o Distrito para onde afluíram o maior contingente de crianças para a reinternação.

A distribuição de crianças reinternadas no CGP, em 1993, segundo os distritos sanitários de origem, mostrou certa consonância com os dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/Urbanização de Belo Horizonte (URBEL) no seu estudo sobre a distribuição da população total, segundo áreas de risco e índices de mortalidade infantil, como pode ser verificado na Tabela 5.

**TABELA 5 - COMPARAÇÃO ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E A POPULAÇÃO RESIDENTE EM ÁREAS NÃO URBANIZADAS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS -1993 - BH**

DIST. SANITÁRIO	POP. TOTAL	POP. EM ÁREA DE RISCO		MORTALIDADE INFANTIL(POR 1000 NV).
		F	%	
Barreiro	219.873	30.995	14,0	49,07
Centro-Sul	249.862	54.505	21,8	44,12
Leste	251.118	59.650	23,7	56,76
Nordeste	248.406	31.920	12,8	37,38
Norte	153.821	44.015	12,9	31,44
Oeste	249.059	75.315	30,2	43,04
Pampulha	106.330	05.015	04,7	15,35
Venda Nova	198.475	19.780	10,0	35,00

Fonte: SIM/ 1º Sem. 1993

SINASC/ 1º Sem. 1993

URBEL - Levantamento de dados das vilas do município de BH. - março/ 93

Pode-se verificar que 59.650 (23,7%) da população do D. S. Leste está em área de risco, apresentando a maior taxa de mortalidade infantil do Município

(56,76 por mil nascidos vivos). Por sua vez, 54.505 (21,8%) da população do D.S. Centro-Sul está em área de risco, ocupando o 3º lugar do *ranking* da mortalidade infantil (44,12 por mil nascidos vivos). Finalmente, o D.S. Nordeste tem 31.920 (12,8%) da população em área de risco, com taxa de mortalidade infantil de 37,38 por mil nascidos vivos, (BELO HORIZONTE, 1993).

Os 3 distritos sanitários de maior afluência de crianças reinternadas no CGP, no mesmo período, apresentaram taxas de mortalidade infantil acima da média do Município, que foi de 36,6 por mil nascidos vivos.

Importa, ademais, conhecer para além dos distritos os bairros de origem destas crianças, uma vez que é sabida a enorme diferença das condições de vida da população a depender da localização dos bairros, pois o mesmo distrito pode albergar bairros e bolsões com características muito distintas. Através da Tabela 6 e do Mapa de Belo Horizonte apresentados a seguir, pode-se visualizar melhor, portanto, os bairros dos distritos sanitários com maior procedência de crianças para reinternação no CGP, no período estudado.

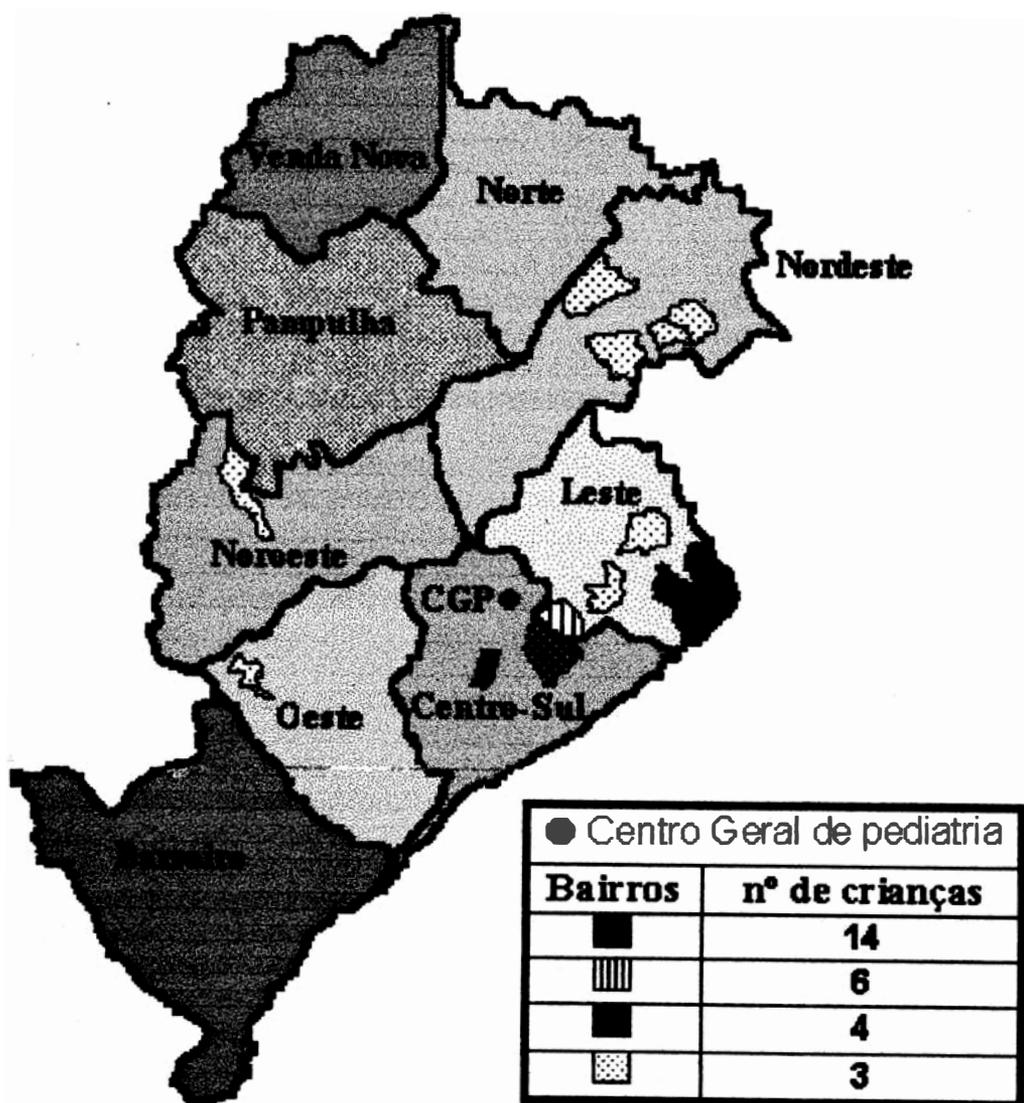
**TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DE CRIANÇAS REINTEGRADAS NO CGP (3 OU MAIS) POR BAIRRO DE RESIDÊNCIA E DISTRITO SANITÁRIO- BH-1993**

Bairro	Distrito Sanitário	CRIANÇAS	
		F	%
Serra	Centro-Sul	14	11,0
Alto Vera Cruz	Leste	06	04,7
São Pedro	Centro-Sul	04	03,2
Taquaril	Leste	04	03,2
Paraíso	Leste	03	02,3
São Lucas	Leste	03	02,3
Jd. Belmont	Nordeste	03	02,3
Jd. Vitória	Nordeste	03	02,3
Goiânia	Nordeste	03	02,3
Nazaré	Nordeste	03	02,3
Jd. Alvorada	Noroeste	03	02,3
Cabana	Oeste	03	02,3
*Outros	Leste	22	17,1
*Outros	Noroeste	12	09,4
*Outros	Norte	10	07,8
*Outros	Nordeste	08	06,3

\* - Bairros com 2 crianças ou menos.

## Mapa de Belo Horizonte

Bairros com 3 ou mais crianças  
reinternadas no CGP - BH - 1993



O mapeamento dos bairros com maior número de casos de reinternação mostra claramente a localização dos mesmos em áreas periféricas do Município, onde reside a população extremamente carente de recursos, ou seja, os excluídos sociais.

O levantamento acerca dos processos mórbidos que comprometeram as crianças reinternadas no CGP foi realizado através dos dados dos relatórios de alta existentes no prontuário dos usuários, preenchido pelo médico responsável pela internação.

Necessário se faz ressaltar a quantidade e a variedade dos dados registrados, o que dificultou a organização deles. Exemplo desta dificuldade pode ser ilustrado no caso da *anemia* que aparece com diversas denominações, tais como: anemia, anemia ferropriva, anemia carencial, anemia pluricarencial, entre outras.

Para possibilitar a análise e discussão, os diagnósticos foram agrupados em grandes grupos de causas, considerando-se a freqüência com que foram registrados, para todas as crianças estudadas - 215 (100,0%) - e em todas as internações, conforme pode ser visto na Tabela 7. Ressalte-se que, para o agrupamento dos diagnósticos, se considerou a Classificação Internacional de Doenças (*Laurenti "et al", 1987*), porém dando destaque àqueles diagnósticos relevantes nesta população, como, por exemplo, as doenças carenciais.

**TABELA 7 - OCORRÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS EM CRIANÇAS REINTERNADAS NO CGP. BH, 1993**

Grupo de Diagnóstico	F	%
Doenças do aparelho respiratório	296	26,7
Doenças crônicas e síndromes	224	20,1
Doenças nutricionais e carenciais	155	13,9
Doenças infecto-contagiosas	150	13,4
Doenças do aparelho digestivo	144	12,9
Doenças infecciosas e parasitárias	076	06,8
Distúrbios endócrinos e metabólicos	028	02,5
Doenças genito-urinárias	022	02,0
Dermatoses	012	01,1
Outros	007	00,6
<b>TOTAL</b>	<b>1114</b>	<b>100,0</b>

Consoante à realidade dos quadros gerais de morbi-mortalidade infantil no Brasil, o resultado da presente investigação mostrou o predomínio das doenças do aparelho respiratório (26,7%), seguidas das doenças crônicas e síndromes (20,1%) e doenças nutricionais e carenciais (13,4%), dentre outras.

Considerando-se o diagnóstico de maior ocorrência, independentemente do grupo de causa, destaca-se a **drepanocitose** como a de maior ocorrência. Isso pode ser justificado pela proximidade geográfica do CGP com o Centro de Hemotransfusão de Belo Horizonte e pela freqüente necessidade de hospitalização determinada por este diagnóstico. No entanto, verificamos que, das 22 crianças reinternadas com drepanocitose, a maioria -16 (72,8%) - teve

sua primeira internação após os 2 anos de idade, contrastando, portanto, com o número de crianças que se hospitalizaram a primeira vez antes dos 2 anos de vida - 144 (67,0%). (Tabela 2).

A Tabela 8, a seguir, mostra os grupos de causas de diagnósticos das crianças reinternadas na faixa etária dos menores de 2 anos de idade. Destacam-se as Doenças do Aparelho Respiratório - 218 (29,0%), sendo que os diagnósticos de Pneumonia + Broncopneumonia representam 14,5% - 109 ocorrências, seguidas pelas Doenças Nutricionais e Carenciais - 138 (18,3%) e das Doenças do Aparelho Digestivo - 120 (16,0%), dentre outras.

Isto reafirma a persistência e a importância das doenças infecciosas e nutricionais como entidades mórbidas na população infantil brasileira.

**TABELA 8 - OCORRÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS POR GRANDE GRUPO DE CAUSA, EM CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS , REINTERNADAS NO CGP. BH, 1993**

GRUPO DE DIAGNÓSTICO	F	%
Doenças do aparelho respiratório	218	029,0
Doenças nutricionais e carenciais	138	018,3
Doenças do aparelho digestivo	120	016,0
Doenças infecto-contagiosas	098	013,0
Doenças infecciosas e parasitárias	091	012,1
Doenças crônicas e síndromes	058	007,7
Doenças gênito-urinárias	011	001,4
Doenças endócrinas e metabólicas	007	001,0
Dermatoses	006	000,8
Outros	005	000,7
<b>TOTAL</b>	<b>752</b>	<b>100,0</b>

Os dados acima corroboram os achados de *Victoria "et al"* (1988), quando os autores identificaram as infecções respiratórias, diarreias e quadros de broncoespasmo como as causas mais comuns de internações em crianças que compuseram o estudo longitudinal realizado por eles em Pelotas, no Sul do país, através do acompanhamento das crianças nascidas na cidade no ano de 1982, por um período de 4 anos.

A magnitude das reinternações hospitalares, objeto do presente estudo, obviamente não poderia ser encerrado à simples visão do que ocorreu no interior do CGP. Entretanto, a busca para ampliar esta compreensão, ou seja, a história anterior das internações em outras instituições hospitalares, esbarrou na deficiência informativa dos prontuários dos pacientes. Os registros apresentavam-se incompletos para qualificar o número correto de internações em outras instituições, o diagnóstico por ocasião das internações e outros dados importantes que pudessem fazer parte deste estudo. Sendo assim, pode-se somente conhecer que, dos 215 prontuários estudados, 82 (38,1%) mencionavam internações em outras instituições hospitalares. Mostra, assim mesmo, a dimensão da questão das reinternações infantis, extrapoladas da interioridade do CGP.

A afirmação anterior é reforçada quando se verifica a Tabela 9 que trata do tempo de permanência no hospital. Do total de 518 internações contidas em 215 prontuários, em sua maioria - 155 (29,9%), a permanência foi de 5 a 10 dias, sendo que em 9 (1,7%) internações as crianças permaneceram mais de 2 meses no Hospital. (Ver Tabela 9)

**TABELA 9 - TEMPO DE PERMANÊNCIA DE CRIANÇAS REINTERNADAS NO CGP POR HOSPITALIZAÇÃO. BH, 1993**

TEMPO (DIAS)	F	%
< 3	089	17,2
3  --- 5	099	19,1
5  --- 10	155	29,9
10  --- 15	054	10,4
15  --- 20	044	08,5
20  --- 25	020	03,9
25  --- 30	019	03,7
30  --- 60	029	05,6
60 e mais	009	01,7
<b>TOTAL</b>	<b>518</b>	<b>100,0</b>

O fenômeno da reinternação no CGP pode ser dimensionado tendo em conta a alta taxa de reinternação, conhecido apenas na instância do CGP; o elevado tempo de permanência, considerada a idade das crianças, algumas passaram percentual significativo de suas vidas dentro do hospital e o agravamento destes dois primeiros diante de internações em outras instituições apontadas na história da criança. O custo social deste fenômeno é facilmente observável, nele incluindo os custos institucionais e os referentes à própria família. Conhecidos os primeiros fatos relativos ao fenômeno, resta ainda indagar e, por isso mesmo, adensar os estudos referentes às questões:

- quais são os determinantes sociais e os biopsíquicos mais proximais deste fenômeno, consideradas as particularidades das condições de vida e saúde dessas crianças e de suas famílias?
- que riscos biopsíquicos são apostos a estas crianças ao passarem parte significativa de sua infância dentro de instituições hospitalares, em internações, muitas vezes, desnecessárias?
- como as famílias percebem e vivenciam estas reinternações do ponto de vista de sua dinâmica familiar?

## CONCLUSÕES

O estudo retrospectivo de crianças reinternadas no Centro Geral de Pediatria de Belo Horizonte (MG) permitiu conhecer a relevância da questão das reinternações na citada Instituição. O resultado da investigação mostrou que: é elevado o número de crianças que se reinternam; a maioria delas ocorre na faixa etária dos menores de dois anos, considerada crítica para a sua socialização e desenvolvimento. O quadro é alarmante se se leva em consideração o registro de internações em outras instituições hospitalares. O parâmetro utilizado pelo CGP para a classificação das reinternações não consegue dar conta desta magnitude, pois é relativamente limitante. Acresce-se a este quadro o elevado tempo de permanência da criança em cada internação.

Ressalta-se que, além dos resultados mencionados, os agravos que levaram à internação, em sua maioria, poderiam ser evitados ou mesmo tratados em outras instâncias do sistema de atenção à saúde, desde que fossem tomadas medidas eficazes nos níveis de menor complexidade.

Constatou-se ainda que a população, em sua maioria, procedia da Capital e das cidades circunvizinhas. Das provenientes da cidade de Belo Horizonte, a maioria residia na periferia dos Distritos Sanitários Centro-Sul, Leste e Nordeste, onde se localizam bolsões de pobreza.

Os resultados apresentados compõem o retrato da realidade das reinternações infantis no CGP e permitem inferir relacionando esta realidade tão adversa às condições reais de existência dessa população.

Estudos que adensem e corporifiquem a compreensão mais clarificada do fenômeno bem como as alternativas de intervenção para a mudança do quadro serão perseguidos em pesquisas posteriores.

ABSTRACT: Child readmission has been studied by many authors both in Brazil and abroad. Although most of them have mentioned the relationship between readmissions, child life conditions and quality of health service provided, there is a lack of accurate criteria to realize the real extension of the problem and why it occurs so much in our reality. This explorative-descriptive study, as part of a major research, attempted to understand the problem of children readmission in the Centro Geral de Pediatria (CGP), a pediatric hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, from January to December, 1993. The results showed that children readmissions are more frequent than it has been recorded by the Hospital; there is a predominance of avoidable diseases as cause of readmissions, and most of rehospitalized children came from the surroundings of the capital city where the poor population live in precarious life conditions. So, the data showed that the Institution criteria have not been sufficient to highlight the extension of the problem.

KEYWORDS: Child assistance - Hospitalized child - Pediatric readmission.



## BIBLIOGRAFIA

1. BARBOSA, L.T. Aspectos psicossociais da assistência à criança. São Paulo: Nestlé Serviço de Informação Científica/s.d/ (*Temas de Pediatria*, n. 9).
2. BRASIL. *Lei nº 8069* - 13 Jul. 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília. Presidência da República. 1990. 46 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência e controle das infecções respiratórias agudas*. Brasília, 1985.
4. CONRAD, P.D. "et al". Safety of newborn discharge in less than 36 hours in an indigent population. *A.J.D.C.* v. 143, p.98-101, Jan., 1989.
5. EBRAHIM, C. J. *Social and community pediatrics in developing countries: caring for the rural and urban poor*. London: Macmillan, 1985.
6. GLASGOW, A.M. "et al". Readmissions of children with diabetes mellitus to a children's hospital. *Pediatrics*. v.88, n.1, p.98-104, jul., 1991.
7. LAURENTI, R. "et al". *Estatísticas de saúde*. 2 ed. São Paulo: EPU, 1987. 186 p.
8. MADELEY, R.J. Relating child health services to needs by the use of simple epidemiology. *Publ. Heath*. v.92, n. , p.224-230, 1978.
9. NICOLL, A. "et al". The child health clinic: results of a new strategy of community care in a deprived area. *The Lancet*. v.1, p.606 - 608, 1986.
10. ORTIZ, L.P. Características da mortalidade no Brasil - São Paulo. In: SPINOLA, A.W. de P. et al (coord.) *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez., 1992. p. 152-165.
11. RANNA, W. "et al". Atuação da equipe multidisciplinar em enfermagem pediátrica com pais participantes. *Pediatria*. v. 15, n. 2, p.5-11, 1993.
12. REFINETTI, P. "et al". Análise das reinternações e estado nutricional em crianças hospitalizadas. *J. Ped.* v.52, n.5, p.331-334, 1982.
13. UNICEF. *Serviços básicos para crianças e mulheres do meio urbano pobre*. Relatório do diretor executivo. Brasil, 1984.

14. VICTORA, C. G "et al". *Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras*. São Paulo: Hucitec. 1988. 187p.
15. WILSON, M.D. et al. Rehospitalization of infants born to adolescent mothers. *J. of Adol. Heath Care*. v.11, p.510-515, 1990.
16. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Projeto de vigilância à mortalidade infantil*. Belo Horizonte, MG, 1993. 20p.