

READMISSÃO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: PERFIL DE MORBIDADE DOS PACIENTES*

READMISSIONS IN EMERGENCY SERVICE: MORBIDITY PROFILE OF THE PATIENTS

READMISIÓN DE PACIENTES EN SERVICIO DE URGENCIA: PEFIL DE MORBIDAD

Mariana Ferreira Borges¹, Ruth Natalia Teresa Turrini²

Estudo retrospectivo com registros de base hospitalar do ano de 2003 que teve por objetivo analisar as readmissões no serviço de emergência de um hospital de ensino filantrópico de atenção terciária à saúde localizado na cidade de São Paulo (Brasil). Os dados foram analisados por medidas de tendência central e de variabilidade, teste de Mann Whitney e análise de sobrevivência (Kaplan-Meier). Do total das admissões, 714 (12,6%) eram readmissões. As readmissões ocorreram em todas as faixas etárias, aumentando a partir dos 40 anos, principalmente após os 80 anos. As doenças do capítulo das anemias, doenças endócrinas e neoplasias foram as principais causas de readmissão. O diagnóstico de admissão e sua relação com o diagnóstico das readmissões influenciou a frequência das readmissões. Observou-se associação estatisticamente significativa entre readmissão e faixa etária e diagnóstico ($p < 0,005$). Readmissões por diabetes, hipertensão, complicações médicas e pneumonias mostraram que algumas delas eram potencialmente evitáveis.

Descritores: Readmissão de Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Morbidade; Enfermagem.

A retrospective study was conducted from hospital records of patients admitted to the emergency service of a philanthropic teaching hospital of high level of attention in São Paulo city (Brazil) over the year 2003, in order to analyze the readmissions. Data were analyzed by measures of central tendency and variability, Mann Whitney test and analysis of survival times (Kaplan-Meier). Of the total admissions, 714 (12.6%) were readmissions which occurred in all ages with an increase being observed after age 40 years, especially after age 80 years. Diseases as anemia, endocrine and neoplasms were the main cause of readmission. The diagnoses in first-admission and its relation with the readmission diagnoses influenced the frequency of readmissions. It was observed that age and diagnoses had a statistically significant effect on readmissions ($p < 0,005$). The diagnoses diabetes, hypertension, medical complications and pneumonias showed that some readmissions were potentially avoidable.

Descriptors: Patient Readmission; Emergency Service, Hospital; Morbidity; Nursing.

Estudio retrospectivo basado en registros hospitalarios de 2003 que tuvo como objetivo analizar las readmisiones en servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel de atención de salud filantrópico en la ciudad de São Paulo (Brasil). Los datos fueron analizados mediante medidas de tendencia central y variabilidad, prueba de Mann Whitney y análisis de supervivencia (Kaplan-Meier). Del total de pacientes, 714 (12,6%) fueron readmisiones. La mayoría de los pacientes tenía edad superior a 40 años, especialmente más de 80 años. Enfermedades como las anemias, trastornos endocrinos y de cánceres fueron las principales causas de la readmisión. El diagnóstico de admisión y su relación con el diagnóstico de readmisión influyó en la frecuencia de readmisión. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la readmisión y la edad y el diagnóstico ($p < 0,005$). Pacientes readmitidos por la diabetes, la hipertensión, las complicaciones médicas y la neumonía mostraron que algunas readmisiones son potencialmente evitables.

Descritores: Readmisión del Paciente; Servicio de Urgencia en Hospital; Morbilidad; Enfermería.

* Trabalho de iniciação científica com bolsa FAPESP (processo 05/58887-4).

¹ Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: mfborg83@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Dept Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade de São Paulo. E-mail: rrturrini@usp.br

Autor correspondente: Ruth Natalia Teresa Turrini

Endereço com CEP: Av Dr Eneas de Carvalho Aguiar, 419. CEP: 05403-000 — São Paulo (SP). Brasil. E-mail: rrturrini@usp.br

INTRODUÇÃO

As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença. A taxa de readmissões, além de poder ser obtida facilmente pelas informações presentes no banco de dados de pacientes admitidos do hospital, permite discutir a resolutividade dos serviços. No entanto, existe uma dificuldade em utilizar este indicador pelas diferentes definições com relação ao tempo decorrido para a nova internação, à inclusão de readmissões urgentes ou planejadas, ou quanto à necessidade de estabelecer uma relação entre o diagnóstico inicial.

As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável⁽¹⁾, embora essa hipótese também seja questionável⁽²⁾.

A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente⁽³⁾. As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto-cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo⁽⁴⁾. A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas⁽⁵⁾, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para a estabilidade do quadro clínico.

Os estudos têm utilizado diferentes intervalos de tempo decorridos da alta para definir a readmissão, na literatura há referências de períodos curtos como uma semana⁽⁶⁾ até um ano pós-alta⁽⁷⁾.

Estudo com idosos hospitalizados por período de seis meses que considerou o período menor ou igual a 28 dias como intervalo de tempo definido para caracterizar uma readmissão, identificou 15,3% de pacientes readmitidos⁽⁸⁾. No Pronto Socorro do hospital onde foi realizado o presente estudo, observou-se que um terço dos pacientes estudados foi readmitido até 15 dias após

a alta e alguns pacientes estavam na quinta readmissão num período de seis meses⁽³⁾.

Quando a demanda de atendimento em unidades de emergência supera aquela para qual o serviço é estruturado, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, deparam-se com situações difíceis de lidar, comprometendo o seu trabalho. Conhecer o perfil de morbidade dos pacientes readmitidos no serviço de urgência de um hospital de ensino e atenção à saúde permitirá identificar se as readmissões são eventos relacionados a resolutividade e/ou qualidade do serviço ou a fatores inerentes ao contexto hospitalar.

Este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil de morbidade de pacientes readmitidos em um serviço de emergência de um hospital de ensino de atenção terciária à saúde, no município de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo longitudinal, parte do projeto⁽⁹⁾ "Caracterização dos pacientes readmitidos em um serviço de emergência" aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de estudo. O banco de dados do serviço de emergência para a realização do estudo foi fornecido pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) após autorização formal do diretor do hospital.

O estudo foi realizado no serviço de emergência de um hospital filantrópico de ensino de atenção terciária à saúde da cidade de São Paulo que possui uma demanda de aproximadamente 350 atendimentos por dia, incluindo adultos e crianças. Trata-se de um serviço de referência universitária o qual, pelo processo de regionalização do município de São Paulo, é responsável por bairros da zona norte e do centro do município. O serviço de emergência conta com 79 leitos, distribuídos da seguinte forma: dois leitos para pacientes psiquiátricos; oito leitos para pacientes em cuidados intensivos; 24 leitos de internação; 26 leitos de observação (maca); 19 leitos de retaguarda. No ano de 2003 foram admitidos 5 674 pacientes no serviço de emergência.

Para a identificação dos pacientes na condição de readmitidos foi feita uma análise do banco de dados do serviço de emergência com informações do ano de 2003 obtido junto ao SAME, considerando as variáveis nome do paciente, sexo, data de nascimento, data de admissão e de alta.

Para a análise de dados foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), tempo de permanência hospitalar, intervalo de tempo entre as admissões, número de readmissões, relação do diagnóstico de readmissão com aquele da primeira internação (complicação: quando o paciente apresentou alguma complicação em relação à admissão anterior; mesmo diagnóstico; evolução da doença: complicação esperada pela progressão da doença; e sem relação entre os diagnósticos).

Os dados foram analisados por frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central e de variabilidade. Para comparar o grupo com readmissão e sem readmissão utilizou-se o teste de Mann Whitney U com o nível de significância de 5%.

Para avaliar o comportamento das readmissões hospitalares foram calculadas as probabilidades de readmissão a partir do tempo da primeira alta hospitalar pelo método de análise de sobrevivência (Kaplan-Meir). Este método permite que sejam construídas curvas de sobrevida com as estimativas dessas probabilidades em função do tempo de observação. Nesta análise, a primeira readmissão foi considerada a "falha" observada em seis períodos de tempo, até sete dias, até 15 dias, até 28 dias, até três meses, até seis meses e até 12 meses. As curvas de Kaplan-Meier foram comparadas através do teste de log-rank com valor de $p < 0,05$. Através das curvas e do teste de log-rank foi possível fazer comparações segundo sexo, faixas etárias, diagnósticos de admissão, o tempo de permanência hospitalar e a relação entre diagnósticos da admissão e readmissão.

RESULTADOS

No ano de 2003, 5674 pacientes tiveram 5830 admissões no serviço de emergência, 2372 (41,8%) eram do sexo feminino e 3302 (58,2%) do masculino. A idade média foi de 52,1 anos (DP=19,8 anos; variação de 14 a 102) e mediana igual a 52 anos (variação interquartil 36-68). A faixa etária mais freqüente foi dos 50 aos 59 anos (17,0 %), seguida pela faixa dos 40 aos 49 anos (16,2%); 22% tinham acima de 60 anos. Das afecções responsáveis pelas admissões no serviço de emergência, 23,1% pertenciam ao capítulo IX das doenças do aparelho circulatório, 14,9% ao capítulo XI das doenças do aparelho digestivo, 7,9% ao capítulo XIX das lesões e envenena-

mentos e 7,7% ao capítulo XVIII dos sinais e sintomas inespecíficos.

Do total de pacientes atendidos no serviço de emergência, 717 (12,6%) tiveram mais de uma admissão. O número médio de readmissões foi 1,4 (DP= 0,97). A maioria das pessoas readmitidas teve apenas uma readmissão (n=532; 74,2%), 120 (16,7%) duas, 37 (5,2%) três, 15 (2,1%) quatro e 8 (1,8%) cinco ou mais (até o máximo de 12).

Ao se comparar o grupo de pacientes readmitidos com aqueles admitidos uma única vez, percebe-se que a distribuição entre os sexos foi semelhante nos dois grupos ($p= 0,216$), mas a distribuição das idades foi estatisticamente diferente nos grupos ($p<0,001$). Apesar disto, a mediana da idade de ambos os grupos foi de 51,5 e 51,1 anos, respectivamente, o intervalo interquartil dos readmitidos foi de 42-73 e a dos não readmitidos de 35-67.

A partir dos 40 anos observou-se um aumento na proporção de readmitidos, tanto no sexo masculino quanto no feminino, com maiores taxas a partir dos 80 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1 — Distribuição da população segundo faixa etária e readmissões. Hospital filantrópico no município de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil, 2003

Faixa Etária	SEXO					
	Feminino			Masculino		
	Total (N)	Readmitidos n	%	Total (N)	Readmitidos n	%
14 a 19	111	10	9,0	140	13	9,3
20 a 29	272	27	9,9	437	38	8,7
30 a 39	277	26	9,4	486	42	8,6
40 a 49	360	47	13,1	560	58	10,4
50 a 59	383	49	12,8	584	73	12,5
60 a 69	335	49	14,6	490	78	15,9
70 a 79	351	53	15,1	409	61	14,9
80 a 89	220	44	20,0	165	31	18,8
90 a 99	59	11	18,6	30	5	16,7
100 a 102	4	2	50,0	1	-	-
Total	2372	318	13,4	3302	399	12,1

A distribuição de admissões por meses do ano mostrou pouca variação. No entanto, ao se comparar o grupo de readmitidos com aqueles sem readmissão, observou-se que 38,9% (279) dos readmitidos procuraram o serviço de emergência no primeiro trimestre do ano, enquanto que no grupo complementar este fato foi observado a partir de junho, com proporções crescentes até dezembro.

Com relação ao diagnóstico da primeira internação para os pacientes readmitidos, observou-se maior quantitativo de pacientes com doenças do capítulo III das doenças do sangue (27,1%), doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais do capítulo IV (22,8%) e neoplasias do capítulo II (16,6%). Em relação ao sexo, esta distribuição não foi muito diferente como mostra a Tabela 2. Nos pacientes do sexo feminino houve maior ocorrência de doenças do sangue pertencentes ao capítulo III (29,7%) com predomínio das anemias hemolíticas (34,5%), seguida pelas doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais do capítulo IV (19,3%), com destaque a readmissão por diabetes (14,3%) e neoplasias do capítulo II (17,0%). Entre os homens, destacaram-se as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais do capítulo IV (26,3%) com elevada proporção de admissão por diabetes (71,4%), doenças do sangue do capítulo III (23,8%) com predomínio também das anemias hemolíticas (36,4%) e transtornos mentais e comportamentais do capítulo V (21,8%), com maior expressão dos transtornos mentais orgânicos (26,7%).

Nas doenças do aparelho circulatório do capítulo VIII, além da maior frequência em mulheres (15,3%), a proporção de embolias e tromboembolias arteriais se sobressaiu com 32,3% em relação as demais afecções desse capítulo. Entre os homens nota-se que no capítulo XVIII dos sinais e sintomas inespecíficos (14,5%) destacaram-se os sintomas do aparelho urinário com 25,5%.

No capítulo XIX das lesões e envenenamentos houve maior proporção de mulheres admitidas por essas causas (10,3%) em relação aos homens. As admissões por complicações de cuidados médicos foram de 42,9% em mulheres enquanto nos homens foi de 37,5%.

Nos pacientes admitidos oito, dez e 12 vezes, os diagnósticos da primeira admissão foram estado de mal asmático, cirrose hepática alcoólica e bronquite crônica respectivamente. As readmissões foram por motivos de piora da doença de base ou por infecções. Estes pacientes eram adultos relativamente jovens com idades de 27, 36 e 34 anos, respectivamente,

Tabela 2 — Distribuição dos diagnósticos na primeira internação para os pacientes readmitidos segundo capítulos da CID-10 e sexo dos pacientes. Hospital filantrópico do município de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil, 2003

Diagnósticos	SEXO						
	Feminino			Masculino			
	Total (N)	Readmitidos n	%	Total (N)	Readmitidos n	%	
Cap I- Doenças infecciosas	172	12	7,0	201	21	10,5	
Cap II- Neoplasias	135	23	17,0	165	27	16,4	
Cap III — Doenças do sangue	101	30	29,7	80	19	23,8	
	Anemias hemolíticas	29	10	34,5	22	8	36,4
	Outras anemias	54	17	31,5	43	8	18,6
Cap IV — Doenças endócrinas, metabólicas, nutricionais	57	11	19,3	57	15	26,3	
	Diabetes	35	5	14,3	42	30	71,4
Cap V — Transtornos mentais e comportamentais	94	9	9,6	101	22	21,8	
	Transtornos mentais orgânicos	69	9	13,0	60	16	26,7
Cap VI- Doenças do sistema nervoso	84	11	13,1	98	15	15,3	
Cap IX — Doenças do ap. circulatório	570	90	15,8	739	80	10,8	
	Doença hipertensiva	61	11	18,0	61	7	11,5
	Doenças isquêmicas do coração	97	15	15,5	176	19	10,6
	Doenças cerebrovasculares	143	22	15,4	199	13	6,5
	Embólias e tromboembolias arteriais	31	10	32,3	28	4	14,3
Cap X — Doença do ap. respiratório	211	25	11,8	293	47	16,0	
	Pneumonias	110	10	9,1	169	21	12,4
Cap XI- Doenças do ap. digestivo	336	44	13,1	510	73	14,3	
	Doenças da vesícula biliar e pâncreas	105	10	9,5	91	13	14,3
Cap XIII — Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	20	3	15,0	18	-	-	
Cap XIV — Doenças do ap. geniturinário	127	18	14,2	134	14	10,4	
Cap XVIII — Sinais e sintomas	187	24	12,8	256	37	14,5	
	Sintomas do aparelho urinário	13	2	15,4	51	13	25,5
	Sintomas do ap. digestivo e abdômen	113	18	15,9	97	17	17,5
Cap XIX — Lesões e envenenamentos	97	10	10,3	353	14	4,0	
	Complicações de cuidados médicos	7	3	42,9	8	3	37,5
Outros capítulos	170	6	3,5	275	19	7,0	
Total	2372	315	13,3	3302	402	12,2	

De todas as readmissões, em 57% delas os pacientes tinham o mesmo diagnóstico da primeira admissão e a maioria, 21,8%, teve como diagnóstico uma doença do aparelho circulatório, principalmente a insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial.

Na primeira admissão pelo menos metade dos pacientes, tanto os readmitidos quanto os não readmitidos, permaneceram internados até três dias. A diferença foi observada na amplitude de variação de 0 a 105 dias para os readmitidos e de 0 a 167 para os não readmitidos ($p=0,027$).

O intervalo entre as readmissões variou entre um e 354 dias. Dos pacientes, 25,8% foram readmitidos até sete dias após a admissão anterior, 11,5% entre 8 e 15 dias, 13,8% entre 16 a 30 dias e 18,9% em um intervalo de 31 a 60 dias após a alta hospitalar.

O tempo de permanência hospitalar na primeira readmissão variou de zero a 74 dias, sendo que 76,2% dos pacientes readmitidos permaneceram no hospital no período de zero a sete dias; 12,3% de oito a 15 dias e 8,8% de 16 a 30 dias. Três pacientes ficaram internados de 61 a 90 dias.

O diagnóstico da primeira readmissão foi o mesmo que o da admissão anterior em 57,0% dos pacientes, seguido pela não relação entre eles com 37,0% (Tabela 3).

Tabela 3 — Distribuição dos pacientes readmitidos segundo a relação do diagnóstico da primeira readmissão com a admissão anterior. Hospital filantrópico no município de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil, 2003

Relação do diagnóstico com a admissão anterior	n	%
Mesmo diagnóstico	409	57,0
Sem relação	265	37,0
Complicação	40	5,6
Evolução da doença	3	0,4
Total	717	100

A figura 1 mostra a curva de Kaplan-Meier para o tempo para readmissão quando se considera a relação dos diagnósticos apresentados pelos pacientes na readmissão com os da internação anterior. A relação entre os diagnósticos de readmissão influenciou o tempo até a primeira readmissão e quando o motivo foi a evolução da doença, este tempo foi menor.

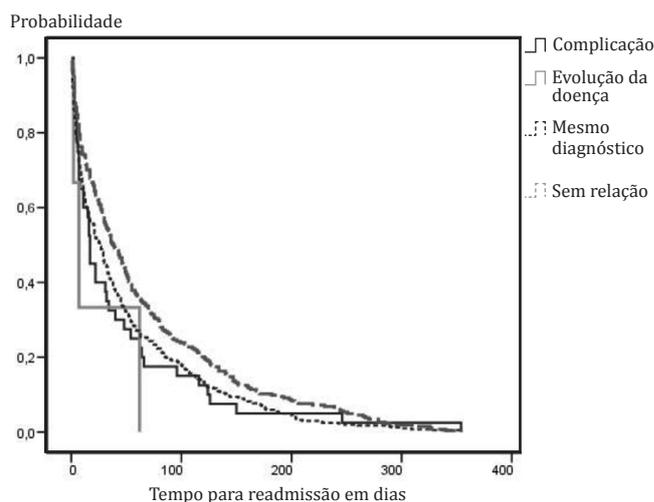


Figura 1 — Curva de Kaplan-Meier para o tempo da primeira readmissão e relação do diagnóstico de readmissão com a admissão. Hospital Filantrópico no município de São Paulo, 2003

A análise de *log rank* foi feita considerando-se as dez faixas etárias e os diagnósticos por capítulos da CID-10. Nesta análise observou-se que o sexo do paciente e o período de permanência na internação anterior não influenciaram no tempo para a primeira readmissão e o inverso ocorreu com a faixa etária, o diagnóstico e a relação entre os diagnósticos ($p<0,05$).

O tempo médio para readmissão, em qualquer intervalo de tempo analisado, foi menor para os indivíduos com idade entre 90 e 99 anos, com diagnóstico de readmissão considerado uma evolução da patologia de base e no grupo de pacientes com diagnóstico pertencente ao capítulo XII das doenças de pele e do tecido subcutâneo, com destaque para as celulites.

DISCUSSÃO

O fenômeno das readmissões hospitalares é importante, pois a partir de sua observação, e conseqüentemente dos fatores de risco envolvidos em sua ocorrência, é possível identificar a gravidade dos pacientes atendidos em um determinado serviço de saúde, no caso desse estudo, um serviço de emergência.

O maior problema das readmissões é definir o intervalo de tempo que de fato caracteriza uma readmissão, embora seja possível considerar todas as admissões a seguir da primeira admissão como readmissões, independente do intervalo de tempo⁽¹⁰⁾. Como este estudo utilizou um banco de registros hospitalares não se

limitou o tempo para readmissão e assim observaram-se readmissões de até um ano após a primeira alta hospitalar. A falta de um consenso quanto ao tempo, para caracterizá-la como readmissão apresenta-se como uma barreira em utilizar a taxa de readmissões como indicador de qualidade seja pela dificuldade na comparação de dados entre hospitais seja pela dificuldade em identificar a real potencialidade da qualidade do cuidado na readmissão quando o tempo é demasiado longo. Com relação a isto, apenas nas infecções hospitalares de sítio cirúrgico em pacientes com implantes é consenso que essas infecções podem ocorrer até 30 dias e até um ano após a realização da intervenção cirúrgica quando houver implantes⁽¹¹⁾.

Um quarto dos pacientes foi readmitido até uma semana após a alta. Quando um paciente é readmitido precocemente, a resolutividade do serviço, entendida como a “capacidade do serviço de solucionar os problemas que lhe são apresentados”^(12:132), em algum momento, pode indicar falhas no sistema para o atendimento desse paciente.

Outra dado que indiretamente remete a resolutividade e qualidade do cuidado prestado é o relativo ao capítulo XIX da CID-10. O número de pacientes admitidos por complicações médicas neste estudo foi pequeno, mas esse grupo foi o que apresentou a maior proporção de readmitidos.

A taxa de readmissões observada neste estudo foi semelhante àquela observada em um hospital geral do município de Betim em Minas Gerais, em que 18,0% da população estudada teve readmissões⁽¹⁰⁾. Investigação⁽⁹⁾ que utilizou dados prospectivos no próprio hospital do presente estudo mostrou uma incidência de readmissões mais elevada, com 23,3%, mas a coleta de dados se restringiu a um mês de observação e os dados foram coletados prospectivamente. Outros estudos também evidenciaram que à medida que se aumenta o tempo para a readmissão, as taxas também aumentam: um que incluiu pacientes de readmitidos com intervalos de até 30 dias observou uma taxa de 16,9%⁽²⁾ e em outro que considerou até um ano após a alta, a taxa de readmissão foi de 45,0%⁽⁷⁾.

A distribuição entre os sexos foi similar quando se comparou o grupo dos pacientes não readmitidos com o grupo dos pacientes readmitidos, o que permite concluir que o sexo não constituiu fator de risco para a readmissão nesta instituição.

Com relação à frequência de readmissões segundo a faixa etária, ela aumentou a partir dos 40 anos e um pouco mais acentuadamente a partir dos 80 anos, sendo que os homens foram mais readmitidos entre os 50 e 69 anos e as mulheres entre os 50 aos 79 anos. O maior quantitativo de mulheres idosas readmitidas pode estar associado à maior longevidade feminina.

As readmissões variaram quanto ao número por indivíduo (entre 1 e 12), embora a maioria fosse readmitida apenas uma vez. Em outro estudo, o número de readmissões por paciente variou de um a 22, com 62,9% com apenas uma readmissão⁽¹³⁾, valor este um pouco menor ao do presente trabalho.

É possível inferir que o número de readmissões pode estar relacionado com a resolutividade da unidade e ainda com a relação entre os diagnósticos de cada admissão. Das readmissões estudadas, mais da metade delas ocorreram pelo mesmo diagnóstico da primeira admissão, ou seja, as pessoas retornaram ao serviço com o mesmo problema da admissão anterior. Diversas hipóteses podem ser levantadas a respeito, como qualidade do atendimento, dificuldade para o auto cuidado no domicílio, falta de cuidador para os pacientes dependentes, e cronicidade da doença, uma vez que muitos pacientes apresentavam insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica.

A freqüente readmissão em pacientes com doenças obstrutivas pulmonares, dispnéias e insuficiências cardíacas crônicas é consistente com a noção de que pacientes que apresentam sintomas associados a essas afecções estão mais propensos a acreditar que sua condição é séria o suficiente para procurar um serviço de emergência ao invés de um atendimento ambulatorial ou um serviço de atenção primária a saúde⁽⁴⁾.

Os diagnósticos mais freqüentes nas admissões dos pacientes readmitidos foram os referentes às doenças do sangue, doenças endócrinas e neoplasias. Em outro estudo⁽⁵⁾, as principais causas das readmissões se apresentaram como doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, que juntas representaram 70% do total de eventos. Investigação⁽⁴⁾ em um serviço de emergência observou que os pacientes readmitidos apresentavam com mais freqüência dispnéias, doenças neuróticas, dor no peito, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e insuficiência cardíaca congestiva.

Pela análise da lista de categorias dentro de cada capítulo da CID, percebe-se que as readmissões por algumas afecções poderiam ser evitáveis como as complicações de cuidados médicos e as pneumonias, além das doenças crônicas que envolvem tratamento clínico de controle, como as insuficiências cardíacas, doenças obstrutivas pulmonares crônicas, doenças hipertensivas e diabetes.

Estudo⁽¹⁴⁾ realizado em serviço de emergência sobre o perfil de pacientes atendidos com crises hipertensivas, além de ter observado a alta prevalência (5,0%) entre os casos clínicos, também evidenciou um envelhecimento da população, pelo número de pacientes com mais de 80 anos atendidos.

Sendo assim, o perfil de morbidade dos pacientes readmitidos no serviço de emergência que aqui se delinea poderia refletir uma carência no que tange à atenção à saúde, principalmente no nível ambulatorial para as doenças crônicas. Usualmente, os pacientes não recebem assistência adequada na rede de atenção primária a saúde e entram no sistema a partir dos serviços de emergência. A demanda elevada nos serviços de emergência, que por sua vez, não têm estrutura adequada para atender às necessidades de pacientes com tal perfil, se evidencia quando o indivíduo retorna ao serviço com o mesmo diagnóstico da admissão anterior, ou com a evolução da doença, quadro que poderia ter sido evitado. A situação se agrava quando o hospital não dispõe de leitos hospitalares em número suficiente para atender a demanda de internação do serviço de emergência.

Em outra pesquisa⁽⁹⁾ realizada prospectivamente no mesmo hospital em 2004, a maioria dos pacientes (57,6%) foi readmitida com o mesmo diagnóstico e 23,9% devido a complicações. Na visão dos entrevistados, como fatores desencadeantes da readmissão, 40,9% referiram causas potencialmente evitáveis. A maioria dos entrevistados referiu que seu problema não foi resolvido na admissão anterior, sendo o principal motivo a continuidade dos sintomas.

De acordo com um estudo realizado em Genebra, Suíça, no período entre julho de 1995 a junho de 1996, com adultos que foram readmitidos num período de 31 dias, podem ser considerados fatores de risco para as readmissões, a idade avançada (indivíduos com mais de 74 anos), a longa permanência hospitalar na primeira admissão e as morbidades, principalmente doenças cardíacas, falência cardíaca, arritmias cardíacas, embolia pul-

monar, doenças cerebro-vasculares, neoplasmas, DPOC e pneumonia⁽¹⁾.

Pela análise das curvas de Kaplan-Meier e do teste de log-rank observou-se que o sexo não diminui nem aumenta a probabilidade de ocorrer uma readmissão, diferentemente dos dados de outro trabalho⁽¹⁵⁾, e através da mesma análise estatística, concluiu que o sexo masculino influencia no risco de readmissão. Ao comparar a faixa etária, os mesmos autores⁽¹⁵⁾ perceberam que conforme esta aumenta, menor é o tempo até a primeira readmissão com maiores evidências do fenômeno para períodos de tempo maiores, como em até 6 meses e até 12 meses. Resultados semelhantes para a idade foram observados no presente estudo.

No caso das readmissões em idosos, estes requerem cuidados especiais e adequados. É necessário avaliar se o idoso, quando recebe alta, terá condições de sozinho dar continuidade ao tratamento e seguir as orientações que lhe são dadas.

O presente estudo demonstrou tendências para um menor tempo médio até a primeira readmissão quanto maior o tempo da primeira internação. Os diagnósticos relacionados às doenças do aparelho circulatório e do aparelho digestivo associaram-se ao maior risco de readmissão ao longo do tempo observado. Em outra investigação⁽¹⁰⁾, as doenças do aparelho urinário, entre elas a falência renal aparecem como as que aumentaram as possibilidades de readmissão.

Ao se verificar como se comportam as readmissões quanto a relação entre os diagnósticos é possível dizer que esta variável influencia no tempo até a readmissão e, pode-se observar que quando o motivo da readmissão é a evolução da doença, esse tempo é menor, ou seja, a doença evolui e o paciente retorna ao serviço. A complicação da doença também leva os pacientes a serem readmitidos em menos tempo, que pode estar relacionada à qualidade do atendimento.

Apesar de para algumas categorias da faixa etária ou da classificação de diagnósticos o número de pacientes readmitidos ter sido menor em relação às demais, os resultados retratam as características do perfil de paciente atendido. No caso de pacientes com idades longevas é o menor quantitativo é esperado.

CONCLUSÕES

Com base nesse estudo, pelo número de pacientes readmitidos pelo mesmo diagnóstico caberia

investigar a qualidade do atendimento e o autocuidado do paciente no que concerne ao seguimento das orientações e tratamento.

O perfil de morbidade com doenças de caráter crônico como hipertensão e diabetes sugere que o nível de atenção primária à saúde não tem sido capaz de garantir o controle da doença nos pacientes acometidos, embora se saiba da importância da adesão ao tratamento neste desfecho. Mas, outras investigações são necessárias para avaliar a questão considerando fatores do sistema de saúde e aspectos socioeconômicos e culturais dos pacientes.

O capítulo das neoplasias foi um dos principais responsáveis pelas readmissões, o que evidencia a deficiência do sistema público em dar atendimento ao crescente número de indivíduos acometidos por esta afecção. Desta forma, as pessoas acessam a assistência através dos serviços de emergência, que não estão estruturados adequadamente para tal atendimento, daí, uma reação em cadeia é iniciada, permeada pelo despreparo das equipes, iatrogenias, deficiência na estrutura física do serviço de emergência, entre outros.

Muitas questões associadas a particularidades do paciente também devem ser levadas em consideração. Quando é percebido que idosos são mais readmitidos, torna-se necessário averiguar se as políticas de saúde e o sistema de saúde são capazes de atender às suas necessidades, o mesmo vale para pacientes com doenças crônicas.

Apesar da dificuldade em instituir um intervalo consensual para considerar uma readmissão hospitalar, as readmissões podem ser úteis na avaliação da qualidade do cuidado e do serviço, à medida que envolvem vários fatores ligados à dinâmica da assistência multiprofissional e do serviço onde ela é realizada, e ainda aqueles associados ao paciente e sua condição, principalmente quando as readmissões ocorrem até 15 ou 30 dias após a alta.

No entanto, existem ainda poucos estudos sobre as readmissões, suas causas e conseqüências, fazendo-se necessário que sejam realizadas mais pesquisas nessa área, principalmente enfocando além das variáveis que independem do indivíduo, aquelas ligadas diretamente a ele, aplicando uma visão holística, entendendo-o nas instâncias bio-psíquico-sociais.

REFERÊNCIAS

1. Kossovsky MP, Perneger TV, Sarasin FP, Bolla F. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. *J Clin Epidemiol.* 1999; 52(2):151-6.
2. Yam CHK, Wong ELY, Chan FWK, Leung MCM, Wong FYY, Cheung AWL, Yeoh EK. Aviable readmission in Hong Kong-system, clinician, patient or social factor? *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:311-20.
3. Landrum L, Weinrich S. Readmission data for outcomes measurement: identifying and strengthening the empirical base. *Qual Manag Health Care.* 2006; 15(2):83-95.
4. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe, Harris MF. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:216-18.
5. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2003; 11(3):305-11.
6. Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tslios c et al. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med.* 2003; 41(2):173-85.
7. Howell S, Coory M, Martin J, Duckett S. Using routine inpatient data to identify patients at risk of hospital readmission. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9:96-105.
8. Gautam P, Macduff C, Brown I, Squair J. Unplanned readmissions of elderly patients. *Health Bull.* 1996; 54(6):449-57.
9. Valera RB, Turrini RNT. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Cienc Enferm.* 2008; 14(2):87-95.
10. Castro MSM, Carvalho MS, Travassos C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(4):1186-200.
11. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control.* 1999; 27(2):97-132.
12. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciaconet C, Seibel CE, Lahude FM et al. Avaliação da qualidade

- de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28(2):131-6.
13. Jiménez-Puente A, Gómez-Aracena J, Hidalgo-Rojas L, Lorenzo-Nogueiras L, Milla-López EP, Fernández-Crehuet-Navajas J et al. Readmission rate as an indicator of hospital performance: The case of Spain. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004; 20(3):385-91.
 14. Lima REF, Souza ACV, Pinto MRS, Araújo TL. Perfil dos pacientes atendidos em crise hipertensiva em um serviço de urgência de Fortaleza. *Rev Rene*. 2005; 6(3):9-14.
 15. Lyratzopoulos G, Havelly D, Gemmell I, Cook GA. Factors influencing emergency medical readmission risk in a UK district general hospital: a prospective study. *BMC Emerg Med*. 2005; 21(5):1.

Recebido: 07/02/2011

Aceito: 06/05/2011