

FATORES RELACIONADOS À READMISSÃO DE PACIENTES EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA*

FACTORS RELATED TO PATIENT READMISSIONS AT THE EMERGENCY SERVICE

FACTORES RELACIONADOS A LA READMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO HOSPITALARIO DE EMERGENCIA

RANGEL BÍSCARO VALERA**, RUTH NATALIA TERESA TURRINI***

RESUMO

A elevada procura pelo Serviço de Emergência e conseqüente permanência dos pacientes em repetidas admissões torna-se uma situação difícil para os enfermeiros responsáveis pelo gerenciamento desses serviços. Estudo transversal e descritivo realizado no Serviço de Emergência de um hospital de ensino de atenção terciária à saúde em São Paulo, que teve por objetivos identificar o perfil sócio-demográfico e morbidade dos pacientes readmitidos e identificar os fatores relacionados às readmissões. A amostra foi composta por maiores de 14 anos internados no Serviço de Emergência, com mais de uma admissão nos seis meses anteriores ao dia da coleta de dados, realizada no mês de Maio de 2004. A incidência de readmissões foi 23,3%, com predomínio de homens (61,9%), idade na faixa de 40 a 90 anos (85,9%) e baixa escolaridade (57,8%). A maioria dos pacientes (57,6%) foi readmitida com o mesmo diagnóstico e 23,9% devido a complicações do diagnóstico de base. Concluiu-se que a elevada incidência de readmissões pode ser atribuída a evolução da doença crônico-degenerativa, a avançada idade dos pacientes, as complicações pós-operatórias, a não resolução do problema anterior e ao baixo seguimento das orientações recebidas. Tais achados sugerem a necessidade de investir em melhorias na qualidade do atendimento hospitalar com maior atuação do enfermeiro na assistência direta ao paciente nos serviços de emergência e na extensão do cuidado no domicílio.

Palavras Chaves: Readmissão do paciente, serviço hospitalar de emergência, necessidades e demanda de serviços de saúde.

ABSTRACT

The high demand for attendance in Emergency Department and the resultant length of stay for the patients in repeated admissions have become hard to nurses responsible for the administration of this units deal with the situation. Transversal and descriptive study made at Emergency Department of a teaching hospital in São Paulo city whose objectives were to identify the social-demographic and morbidly profile of the readmitted patients and the factors associated with readmissions. The sample was constituted by patients over fourteen years old that became inpatient at the Emergency Department, with over than one admission until six months before the data collection during May 2004. The readmission incidence was 23.3%, the patients were predominantly males (61.9%), had 40 to 90 years old (85.9%) and low level education (57.8%). Most of patients (57.6%) were readmitted with the same diagnosis and 23.9% due to complications. It was conclude that the high readmission incidence can be attributed to the evolution of the chronic disease, advanced age, surgical complications, non-resolution of the last health problem and non-adherence to the orientations. The findings suggest the need to invest on improvement of the attendance quality, with more nurse performance on direct assistance to patient on the Emergency Department, and continuity of the care at home.

Key Words: Patient readmissions, emergency service, hospital, health services needs and demand.

*Parte da Dissertação de Mestrado “Caracterização dos pacientes readmitidos em um Serviço de Emergência” apresentada à Escola de Enfermagem da USP, 2005. Projeto financiado pela FAPESP, processo nº 04/04491-0

**Mestre em Enfermagem. Enfermeiro do Serviço de Emergência do Hospital Sírio Libanês. Endereço: Alameda Barros número 142 apto 41, bairro Santa Cecília, São Paulo - São Paulo, Brasil, CEP: 01232000, e-mail: rangelvalera@globo.com

***Doutora em Saúde Pública. Docente do Deptº Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: rturrini@usp.br

RESUMEN

La elevada demanda del Servicio de Emergencia y la consecuente permanencia de los pacientes en repetidas admisiones se convierte en una situación difícil para los enfermeros responsables de la gestión de esos servicios. Este estudio corresponde a un estudio transversal y descriptivo realizado en el Servicio de Emergencia de un hospital de enseñanza de atención terciaria en salud, en la ciudad de São Paulo, cuyo objetivo buscó identificar el perfil socio-demográfico, la morbilidad de los pacientes readmitidos e identificar los factores relacionados con las readmisiones. La muestra comprendía pacientes mayores de 14 años ingresados en el Servicio de Emergencia, con más de una admisión en los seis meses anteriores al día de la recolección de datos realizada en mayo de 2004. La incidencia de readmisiones fue del 23,3%, con predominio del sexo masculino (61,9%), edad entre 40 y 90 años (85,9%) y baja escolaridad (57,8%). La mayoría de los pacientes (57,6%) fue readmitida con el mismo diagnóstico, debido a complicaciones del diagnóstico de base (23,9%). Se concluyó que la elevada incidencia de readmisiones puede atribuirse a la evolución de la enfermedad crónico-degenerativa, a la avanzada edad de los pacientes, a las complicaciones post-operatorias, a no haber sido solucionado el problema anterior y al bajo cumplimiento de las orientaciones recibidas. Estos hallazgos sugieren la necesidad de invertir en mejoras en la calidad de la atención hospitalaria con mayor actuación del profesional de enfermería en la asistencia directa al paciente en los servicios de emergencia y en la extensión del cuidado en el domicilio.

Palabras Claves: Readmisión del paciente, servicio hospitalar de emergencia. necesidades y demanda de servicios de salud.

Fecha Recepción: 28 marzo 2006 Fecha Aceptación: 21 octubre 2008

INTRODUÇÃO

O Brasil, apesar de seus avanços tecnológicos em diferentes áreas, ainda experimenta problemas tanto econômicos e sociais, como também na educação e saúde. Essa realidade pode ser observada principalmente nas grandes instituições públicas de atendimento à saúde.

Apesar da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento hierarquizado e regionalizado, os serviços de emergência de hospitais terciários, principalmente os de ensino, deparam-se diariamente com longas filas para o atendimento. A busca por esse tipo de serviço não necessariamente relaciona-se à complexidade dos problemas de saúde da clientela. Muitas vezes, este viés no atendimento decorre de fatores como a falta de conscientização da população sobre o que é uma emergência, ou seja, o desconhecimento sobre os verdadeiros objetivos e funções dos serviços de urgência e quando se deve buscar o serviço de emergência, a insatisfação da população com a atenção recebida no nível de atenção primária à saúde, acrescida das dificuldades em se obter um atendimento

na rede previdenciária pública (Rodriguez, Sanchez, Rodriguez & Acosta, 2001).

O perfil da demanda dos serviços de emergência reflete a baixa resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde ao serem procurados muitas vezes por clientes para resolução de problemas simples. Yamada, Castro, Almeida, Garbin, Sá e Gomes (2002) abordam em seus estudos de demanda do município de São Paulo que grande parte da clientela atendida no Pronto Socorro poderia ser absorvida e atendida pela rede de Unidades Básicas de Saúde.

As alterações demográficas e a ampliação de condições de risco ligadas ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas levam por sua vez a um número expressivo de pacientes aos serviços de urgência-emergência com problemas clínicos agudos. A alta demanda nestes serviços prejudica diretamente sua resolutividade, implicando em uma dificuldade na assistência ao doente, falta de instalações ideais para o atendimento, número insuficiente de profissionais, recursos materiais e equipamentos limitados, entre outros. Em muitos serviços de emergência de hospitais públicos nota-se que a demanda

intensa por leitos hospitalares descaracteriza o Pronto Socorro pela necessidade de formalizar a internação de pacientes que permanecem por mais de 24 horas, aguardando vaga em unidades de internação.

Embora na prática, os serviços de emergência atuem basicamente no atendimento de suporte à vida e alívio de sinais e sintomas com os devidos encaminhamentos para cada complexidade de atendimento, Lovalho (2004) apresenta como finalidades dos Serviços de Emergência oferecer atendimento imediato e de bom padrão aos doentes; promover o treinamento do pessoal médico, de enfermagem sobre as técnicas de atendimento; desenvolver a pesquisa; assumir atividades educativas e preventivas na comunidade para que seus membros se tornem aptos a identificar os serviços disponíveis e agir de modo apropriado perante situações de emergência.

Um agravante às dificuldades do serviço terciário em atender a alta demanda de pacientes é o número crescente de pacientes readmitidos. As readmissões hospitalares são importantes indicadores dos resultados dos cuidados de saúde porque caracterizam a efetividade dos cuidados prestados durante a permanência hospitalar e recebidos no período imediato após a sua alta hospitalar e identificam a extensão na qual os pacientes são submetidos aos riscos e custos de repetidas hospitalizações (Lagoe, Noetscher, Hohner & Schmidt, 1999).

Nos Estados Unidos da América estima-se que quase 20% dos cidadãos com idade de 65 anos ou mais são hospitalizados a cada ano pelo menos uma vez, 25% são readmitidos no período de 12 meses e que o fenômeno da readmissão de idosos ainda está mal definido e documentado, havendo pouco consenso sobre como as readmissões podem ser evitadas (Alvarenga, 2000).

Villacorta et al. (1998), em estudo com idosos com insuficiência cardíaca congestiva atendidos na Unidade de Emergência, relataram que 51% dos pacientes tiveram pelo menos uma readmissão em seis meses. Citam ainda que outros fatores, além da idade,

poderiam contribuir para a elevada taxa de readmissão e de mortalidade, como não adesão ao tratamento, fatores socioeconômicos, orientação inadequada quanto a medidas higieno-dietéticas e uso não otimizado dos inibidores da enzima conversora da angiotensina.

A elevada procura pelo serviço de emergência e conseqüente permanência dos pacientes em repetidas internações no próprio pronto-socorro compromete a demanda e interfere na dinâmica de atendimento do pronto-socorro. Além disso, traz impasses na atuação dos enfermeiros responsáveis pelo gerenciamento desses serviços por se defrontarem com situações críticas com relação ao suporte à vida e à qualidade do atendimento.

Diante disso, este estudo se propôs a caracterizar o perfil sócio-demográfico e de morbidade da população readmitida no serviço de emergência e identificar os fatores relacionados às readmissões.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo realizado em um Serviço de Emergência de um hospital filantrópico de ensino de atenção terciária à saúde, que atende adultos e crianças, localizado na região central da cidade de São Paulo. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital.

A população de estudo constituiu-se de pacientes maiores de 14 anos, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: estar internado e ter pelo menos uma admissão anterior nos últimos seis meses. Por ocasião da coleta de dados, os pacientes do pronto socorro eram considerados internados nas seguintes situações: 1) a qualquer momento por solicitação do médico responsável por seus cuidados; 2) necessidade de transferência para UTI Central, Centro Cirúrgico, Departamento de Cirurgia (DC), Departamento de Medicina (DM), Pronto Socorro do primeiro andar (PSI); 3) permanência por mais de 48 horas nas dependências do Serviço de Emergência.

Todos os pacientes readmitidos no mês de maio de 2004 foram incluídos no estudo, obtendo-se uma amostra de 92 pacientes. Porém, 83 (90,2%) participaram de todas as etapas da pesquisa. Dos pacientes da amostra (92), três (3,3%) foram readmitidos novamente no mesmo serviço durante o mês de coleta de dados. Neste caso foi realizada coleta de dados do prontuário médico, não sendo aplicada novamente a entrevista na admissão subsequente, o que acabou por limitar os resultados, principalmente quanto à percepção do paciente sobre o atendimento, que poderia alterar-se em outra admissão. Outros seis pacientes não participaram da entrevista por déficit de comunicação no momento da entrevista (intubação e ventilação mecânica ou confusão mental), ausência de acompanhante ou não localização do paciente nas dependências do Serviço de Emergência.

A coleta de dados foi realizada por consulta ao prontuário do paciente e também por entrevista com o próprio paciente ou responsável. Anteriormente à entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos entrevistados. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário composto de duas partes: uma para a coleta de dados sociodemográficos e de morbidade do prontuário e outra para a entrevista contendo questões abertas e fechadas sobre a utilização do serviço de saúde e a solução do problema de saúde, bem como a percepção do paciente sobre o motivo da internação.

As informações sobre os problemas de saúde foram codificadas de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2003)

A identificação dos pacientes foi feita por meio do censo diário de pacientes do Pronto Socorro Central. A entrevista junto aos pacientes ou responsáveis foi realizada durante o horário de visita do período vespertino, junto ao seu leito de internação.

Para a análise dos dados utilizaram-se frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e a associação entre as variáveis foi avaliada pelo teste qui-quadrado

ou teste exato de Fisher ou teste da razão de verossimilhança. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

RESULTADOS

Dos 394 pacientes admitidos no serviço de emergência durante o período de coleta de dados, 92 foram readmitidos pelo menos uma vez em seis meses. A incidência de readmissão durante o mês de coleta foi de 23,3%. A maioria dos pacientes (69,6%, $n=64$) apresentou uma readmissão no período, 20 deles (21,7%) apresentaram duas readmissões, seis (6,5%) foram readmitidos três vezes, dois pacientes (2,2%) foram readmitidos quatro e cinco vezes, respectivamente. A média foi de 1,4 readmissão por paciente ($DP=0,8$ readmissão), mediana igual a uma readmissão.

O paciente foi o informante em quase metade das entrevistas realizadas. Houve predomínio de pacientes adultos e idosos, com idade média de 59,4 anos, do sexo masculino e com escolaridade até o ensino fundamental. A maior parte da demanda espontânea era proveniente da área circunscrita de atendimento regionalizado e hierarquizado do hospital, embora elevado número viesse de locais pertencentes a outras Coordenadorias de Saúde, inclusive de outros municípios. Verificou-se que a maioria dos pacientes (51,8%) residia com familiares ou com o(a) companheiro(a) e eram aposentados, sendo 47,0% por idade e 10,8% por invalidez. As variáveis sexo, idade, local de residência e escolaridade não apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação ao número de readmissões.

Cerca de metade dos pacientes (46,7%) possuía pelo menos uma afecção de base, e as mais evidenciadas foram lideradas pelas Doenças do Aparelho Circulatorio (33,7%, $n=56$), seguidas pelas Neoplasias (24,1%, $n=40$). As Doenças do Aparelho Digestivo foram evidenciadas em 21 ocasiões (12,7%) e as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas em 17 (10,2%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre o número de afecções de base e o número

de readmissões.

Estudou-se a relação entre a principal hipótese diagnóstica da admissão atual e da admissão anterior e observou-se que a maior parte dos diagnósticos (57,6%, n= 53) se repetiu nestas duas admissões, 22 pacientes (23,9%) apresentaram complicações, sendo que nestes, a maioria (81,8%) ocorreu após procedimento cirúrgico; 10,9% das readmissões não estiveram relacionadas ao problema de saúde anterior e em 7,6% delas os pacientes apresentavam uma evolução clínica da afecção de base (p=0,912).

Com relação ao destino do paciente depois da admissão no pronto-socorro, 45,7% deles foram encaminhados para a unidade de internação, 39,1% receberam alta hospitalar e 15,2% evoluíram a óbito no próprio serviço de emergência.

O número de óbitos foi elevado (31,5%),

somando-se os óbitos ocorridos durante a permanência no Serviço de Emergência e aqueles após a transferência do paciente para as unidades de internação, o que mostra a gravidade dos pacientes readmitidos.

Os pacientes, em sua maioria (92,4%, n = 85) permaneceram por até nove dias internados nas dependências do Serviço de Emergência, sendo que alguns casos ficaram por até 19 dias, no aguardo de uma vaga na Unidade de Internação. A média de internação foi de 4,2 dias (DP=36,4 dias) e mediana de 3,4 dias (variação 0-19 dias).

Os entrevistados foram indagados com relação aos fatores que poderiam ter gerado a necessidade da procura pelo serviço de emergência e as respostas foram classificadas em causas evitáveis e não evitáveis (Tabela 1). Entre as causas não evitáveis sobressaíram-se as seqüelas de doença crônica (30,1%).

Tabela 1. Fatores que desencadearam o problema de saúde atual relatados pelos entrevistados, São Paulo, Maio de 2004.

Fatores Desencadeantes	Nº	%
Causas Não Evitáveis		
Seqüela de doença crônica	28	30,1
Efeitos colaterais da quimioterapia	3	3,2
Casualidade	1	1,1
Idade avançada	1	1,1
Subtotal	33	35,5
Causas Potencialmente Evitáveis		
Relacionadas ao cuidado		
Falta de cuidado por parte do paciente	6	6,5
Conseqüência de cirurgia	5	5,4
Ausência de cuidador	2	2,2
Queda da própria altura	1	1,1
Frio	1	1,1
Incompetência do serviço anterior	1	1,1
Infecção	1	1,1
Medicação irregular	1	1,1
Trauma anterior	1	1,1
Déficit visual	1	1,1
Relacionadas à mudança de hábito		
Alimentação inadequada	5	5,4
Alcoolismo	5	5,4
Tabagismo	5	5,4
Resistência ao tratamento	1	1,1
Crise nervosa	1	1,1
Risco ocupacional do trabalho	1	1,1
Subtotal	38	40,9
Não sabe	22	23,6
TOTAL	93	100,0

Na tentativa de compreender a utilização do serviço de emergência desse hospital de ensino buscou-se investigar a utilização de outros recursos oferecidos pelo sistema de saúde. Quase a totalidade dos pacientes (92,8%) não era cadastrada no Programa Saúde da Família (PSF). Quanto ao motivo do não cadastramento, 45,4% (n=35) disse desconhecer o Programa (mesmo após explicação do que é e como funciona), 23,4% (n=18) não sabia como se cadastrar, 14,3% (n=11) não se interessava pelo PSF, dez pacientes (13,0%) achavam que não existia esse Programa em seu bairro, e três (3,9%) referiram dificuldade de acesso das equipes de PSF em seu bairro. Apesar da procura pelo serviço de emergência, 70,1% dos pacientes referiram utilizar a unidade básica de saúde.

De todos os motivos referidos para a escolha do serviço, o principal foi a qualidade do mesmo (26,5%), enquanto 18,6% vieram encaminhados de outros Serviços e 13,3% eram clientes freqüentes. Analisando-se os serviços de saúde que encaminharam pacientes para o serviço estudado, notou-se que 52,4% (n=11) destes pertenciam às Coordenadorias de Saúde da área circunscrita pela regionalização do hospital estudado.

Como a readmissão de pacientes pode ocorrer pela não continuidade da terapêutica prescrita, procurou-se avaliar se o paciente e/ou responsáveis receberam e compreenderam as orientações recebidas na internação anterior. Observou-se que 69,9% receberam orientações por ocasião da alta na admissão anterior, sendo que 87,9% dos entrevistados referiram ter compreendido as orientações, porém 12,1% deles não as seguiram (ou parcialmente). Como motivo do não seguimento das orientações recebidas, nove entrevistados (32,1%) referiram não acreditar no tratamento, seis (21,4%) citaram que não entenderam o suficiente, cinco (17,9%) referiram consumir alimentação inadequada. A maioria dos pacientes (89,7%) recebeu orientações do médico.

Muitos entrevistados tiveram baixa

percepção da resolução de seu problema na internação anterior, sendo que 48 pacientes (76,2%) referiram que continuaram com os sintomas após a alta hospitalar; cinco (7,9%) relataram piora dos sintomas; três (4,8%), a necessidade de cirurgia ou transplante para a resolução de seu problema; dois pacientes (3,2%) apontaram como motivo a própria cronicidade da doença e três (4,8%), outros motivos.

DISCUSSÃO

A incidência de readmissões encontrada neste estudo foi considerada elevada, se comparada a outros estudos da literatura (Friedmann et al, 2001; Person, Skelly, Wileman e Masud, 2002; Cardin et al, 2003; Jimenez-Puente et al, 2004). Os estudos de readmissões (Friedmann et al, 2001; Person, Skelly, Wileman e Masud, 2002) freqüentemente relacionam-se aos idosos por serem a população mais acometida como identificado neste estudo.

A idade avançada foi responsável pelo elevado número de aposentados, semelhante ao estudo de Alvarenga (2000), porém faltaram dados para avaliar a renda familiar dos mesmos. Walsh (2004) estudando pacientes moradores de rua, e Marcantonio, et al (1999) idosos readmitidos, pontuam a idade avançada como um fator de risco para readmissões.

Quase a totalidade dos pacientes readmitidos possuía pelo menos uma afecção de base, com índices muito semelhantes ao perfil de causas de óbito e diagnósticos de internação da população brasileira (Ministerio da Saude do Brasil [MS], 2001). Barreto e Carmo (1998) abordam o significativo aumento da participação das doenças crônico-degenerativas na composição da mortalidade na segunda metade do século, o que deveria gerar a aplicação de estratégias de intervenção em saúde. Campanhas maciças de prevenção a algumas doenças crônicas e a adesão da população para padrões de vida mais saudáveis

poderiam colaborar de forma significativa para a queda dos índices de doenças crônicas na população e diretamente a diminuição da demanda nos serviços terciários de saúde.

Como muitos pacientes apresentaram o mesmo diagnóstico da readmissão anterior e o número de doenças crônicas degenerativas foi elevado, notou-se uma dificuldade do paciente em manter a evolução de sua doença sob controle, tornando-o dependente de um suporte de assistência profissional, que poderia ser suprido pelo PSF através da assistência domiciliar. Outro dado importante constatado, foi o elevado número de complicações, na maioria cirúrgicas, como por exemplo casos de trombose venosa profunda secundária a intervenção cirúrgica. Jimenez-Puente et al (2004) também encontraram como principal causa evitável de readmissão a complicação de procedimento cirúrgico. O melhor planejamento da alta do paciente pelo médico e pela enfermeira e uma comunicação inter-serviços de saúde com as unidades de PSF poderia ser uma solução para reduzir as readmissões por complicações pós-operatórias relacionadas ao cuidado.

Na visão dos entrevistados a maior parte das causas das readmissões eram potencialmente evitáveis, estando relacionadas ao cuidado e às mudanças de hábito e estilo de vida. Pearson et al (2002) citam que, na visão de médicos de clínica geral e funcionários de hospital, os fatores que contribuem para as readmissões são: recaída ou complicação de doença inicial, problemas com cuidado, debilidade do paciente na alta hospitalar entre outros.

O tempo de permanência dos pacientes no pronto socorro foi elevado por falta de leitos nas unidades de internação, o que gera influência negativa na demanda, consome mais recursos humanos e estruturais e prejudica o foco de atenção do atendimento à urgência.

Assim como no estudo de Friedmnan et al (2001), índice de mortalidade foi elevado e seria explicado pelo quantitativo de idosos atendidos, por cerca de um terço

dos pacientes terem mais de três afecções de base e pela frequência de pacientes oncológicos. Pela evidência de uma população debilitada e de idade avançada, seria pertinente o desenvolvimento de ações preventivas e individualizadas para o auxílio e manutenção de seu estado de saúde, por meio de planejamento da assistência pós alta e monitoramento à saúde no domicílio.

O serviço de saúde deste estudo é referência universitária, porém cerca da metade dos pacientes não residiam na área de abrangência, o que demonstra a dificuldade das unidades hospitalares em planejar seus serviços de acordo com o modelo de regionalização proposto. Essa problemática decorre da atual situação de saúde brasileira, caracterizada pela precariedade e escassez de atendimento de saúde, o que acaba por vezes forçando a população a procurar serviços de atenção terciária à saúde, na expectativa de encontrar atendimento mais rápido e exames diagnósticos mais acurados.

Rodriguez et al (2001) citam como causas da alta demanda dos Serviços de Emergência a insatisfação da população com a atenção recebida no nível primário, o alto poder de atração que exercem os Serviços de Emergência sobre a população, que os considera como atenção segura, rápida e eficaz. Ainda, segundo Alvarenga (2000), os usuários possuem a crença de que o hospital irá resolver todos os seus problemas de saúde, e que esta imagem sobre a instituição pode ser decorrente do avanço tecnológico da medicina e do papel assistencialista dos serviços de saúde, que priorizam o atendimento secundário e terciário.

O PSF parece ser pouco conhecido pelos entrevistados. Praticamente todas as Coordenadorias de Saúde de abrangência do local de moradia dos pacientes readmitidos possuíam equipes de PSF (Secretaria Municipal da Saúde do São Paulo [SMS], 2005) na ocasião do estudo. Pelos motivos apresentados pelos pacientes para a não participação no PSF, é preciso investir na divulgação do programa

por parte das entidades governamentais, mas de modo que a sociedade possa compreender o que é o PSF e quais os benefícios.

Neste estudo quase a metade dos entrevistados que referiu ter compreendido as orientações recebidas não aderiu totalmente à terapêutica, interferindo na efetividade do tratamento e podendo ser um fator para novas readmissões. Os motivos apresentados pelo não seguimento das orientações mostram a necessidade de melhorar a forma de comunicação com o paciente e de discutir melhor as possibilidades terapêuticas para os problemas de saúde apresentados e os resultados esperados com o tratamento. Não é habitual o paciente receber as orientações impressas e esta poderia ser uma forma para melhorar a adesão ao tratamento. Como as doenças crônicas degenerativas são tratadas e monitoradas para o seu controle e para oferecer melhor qualidade de vida ao paciente, este tem dificuldades em incorporar sua participação na obtenção de resultados positivos. Ceccato, Acurcio, Bonolo, Rocha e Guimarães (2004) abordam que é necessário investir em estratégias que incrementem o número e a qualidade das orientações fornecidas aos pacientes, pois o nível insuficiente de compreensão pode contribuir para a baixa adesão dos pacientes ao tratamento.

CONCLUSÃO

Pelos resultados obtidos, pode-se presumir que os fatores possivelmente relacionados às readmissões são: evolução da doença crônico-degenerativa, idade avançada do paciente, baixo seguimento das orientações recebidas, complicações pós-operatórias, necessidade de cuidado domiciliar, e a não resolução do problema de saúde na admissão anterior.

Os altos índices de readmissão verificados neste estudo denotam a urgência em estabelecer intervenções para a sua prevenção, de modo a diminuir a demanda no Serviço

de Emergência e a melhorar a qualidade da assistência. A atuação dos profissionais de saúde nesse sentido deve iniciar durante a hospitalização para o preparo para a alta e com acompanhamento domiciliar se necessário, sempre centradas na educação e capacitação do paciente e família para o cuidar no ambiente extra-hospitalar. As equipes de Saúde da Família com apoio das Unidades Básicas de Saúde poderiam contribuir de modo significativo na diminuição dos índices de readmissão e, conseqüentemente, da demanda no pronto-socorro.

A orientação no Serviço de Emergência é uma tarefa necessária, porém difícil, pela própria característica da unidade. O tempo deve ser gerenciado pelo enfermeiro, de modo a manter o foco na assistência ao paciente crítico e também possibilitar a continuidade do cuidado. Nesse sentido um sistema de comunicação entre a enfermeira do hospital e da equipe de Saúde da Família poderia dar continuidade no cuidado e no atendimento das necessidades em saúde dos pacientes após a alta hospitalar.

Como as variáveis de estudo não evidenciaram diferença estatística significativa em relação ao número de admissões dos pacientes readmitidos, caberia um estudo caso-controle para tentar elucidar melhor os fatores envolvidos na readmissão nos Serviços de Emergência.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M.R.M. (2000). Perfil das reinternações de idosos e a percepção da enfermagem sobre a organização da alta hospitalar. (dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto 2000).
- Barreto, M.L. & Carmo, E.H. (1998). Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. *Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis* (pp. 15-27). São Paulo: Hucitec.
- Cardin, S., Afilalo, M., Lang, E., Collet, J.P., Colacone A., Tselios C. et al. (2003). Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an

- effect on return visits and hospital readmissions? *Annals of Emergency Medicine*, 41, 2, 173-185.
- Ceccato, M.G.B., Acurcio, F.A., Bonolo, P.F., Rocha, G.M. & Guimarães, M.D.C.. (2004). Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 5, 1388-97.
- Friedmann, P.D., Jin, L., Karrison, T.G., Hayley, D.C., Mulliken, R.; Walter J. et al. (2001). Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 19, 125-29.
- Jiménez-Puente, A., Gómez-Aracena, J., Hidalgo-Rojas, L., Lorenzo-Nogueiras, L., Milla-López, E.P. & Fernández-Crehuet-Navajas, J. (2004). Readmission rate as an indicator of hospital performance: the case of Spain. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20 (3), 385-91.
- Lago, R.J., Noetscher, C.M., Hohner, V.K., & Schmidt, G.M. (1999). Analyzing Hospital readmissions using statewide discharge databases. *Journal of Nursing Care Quality*, 13 (6), 57-67.
- Lovalho, A.F. (2004). Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O mundo da saúde*, 28 (2), 160-71.
- Marcantonio E.R., Mckean S., Goldfinger M., Kleefeld S., Yurkofsky M., & Brennan T.A. (1999). Factors associated with unplanned hospital re-admission among patients 65 years and older in a Medicare managed care plan. *American Journal of Medicine* 107(1) 13-7.
- Ministério da Saúde do Brasil. MS. (2001). Anuário estatístico de saúde do Brasil: Recuperado el 20 março de 2005, Recuperado en URL:<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/morb/Mmorb18.3a.cfm>
- Organização Mundial da Saúde. OMS. (2003), *Classificação Internacional de Doenças*. CID-10 (9ª Ed Rev). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Person, B., Skelly, R., Wileman, D., & Masud, T. (2002). Unplanned readmission to hospital: a comparison or the views of general practitioners and hospital staff. *Age ageing* 31 (2) 141-43.
- Rodriguez, J.P., Sanchez, I.D., Rodriguez, R.P., & Acosta, A.S. (2001). Filtro sanitário en la urgencias médicas: Un problema a reajustar. *Revista Cubana de Med*; 40 (3), 181-8.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. SMS. (2005). Programa Saúde da Família-SP. Acessado em 20 de março de 2005, disponível em URL:http://www.prefeitura.sp.gov.br/sistema/bin/pg_dinamica.php
- Villacorta, H., Rocha, N., Cardoso, R., Gaspar, S., Maia, E.R., Bonates, T. et al. (1998). Evolução intra-hospitalar e seguimento pós-alta de pacientes idosos atendidos com Insuficiência Cardíaca Congestiva na Unidade de Emergência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 70, 3, 167-71.
- Walsh, N (2004). Lower readmission rates: respite care for homeless may lead to better outcomes. *International Medical News*, 37, 8, 92.
- Yamada, A.T.T., Castro, C.G.J., Almeida, M.F., Garbin, W., Sá, E.N.C., & Gomes, M.C. (2002). Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaquaquecetuba, relatório. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde.