



**PERCENTUAL DE READMISSÃO DE PACIENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR
COMO PARÂMETRO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

**PATIENT READMISSION PERCENTAGE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT AS
A PARAMETER OF THE QUALITY OF CARE**

📍 **Luiz Cláudio Mota**

Médico, Especialista em Medicina do Trabalho Unimed Nova Iguaçu. Trabalho de conclusão de curso elaborado como pré-requisito para conclusão do MBA em Administração Hospitalar da Faculdade Unimed.

📍 **Professor Orientador: Prof. Marcelo Augusto Nascimento**

Administrador hospitalar



RESUMO

Indicadores são usados para melhorar a gestão dos serviços de saúde fornecendo informações visando tomadas de decisão. O objetivo desse trabalho é reconhecer, através de revisão bibliográfica e análise de dissertações e teses, como o percentual de readmissão hospitalar pode impactar na gestão de leitos hospitalares, conhecer as causas de maior prevalência para a (re) internação hospitalar e destacar a importância da transição do cuidado e do planejamento de ações para eliminar/minimizar as causas da reinternação, evidenciando a importância dos prejuízos gerados pelas mesmas, além do seu impacto sobre os sistemas de saúde considerando aspectos organizacionais, econômicos e sociais. Conclui-se que, apesar de diferenças metodológicas que podem causar dificuldade em sua implantação, o percentual da readmissão hospitalar serve como base para o estudo de diversas ações visando à melhoria da qualidade assistencial.

Palavras-chave: Indicadores de Saúde. Transição do cuidado; Atenção primária

ABSTRACT

Indicators are used to improve the management of health services by providing information for decision making. The objective of this work is to recognize, through bibliographic review and analysis of dissertations and theses, how the percentage of hospital readmission can impact the management of hospital beds, to know the most prevalent causes for hospital (re) hospitalization and to highlight the importance of transition of care and action planning to eliminate / minimize the causes of rehospitalization, highlighting the importance of the losses generated by them, in addition to their impact on health systems considering organizational, economic and social aspects. It is concluded that, in spite of methodological differences that can cause difficulty in its implementation, the percentage of hospital readmission serves as a basis for the study of several actions aimed at improving the quality of care.

Keywords: Health Indicators. Care transition; Primary attention



1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas vêm apresentando uma profunda mudança na sociedade em fatores que impactam a saúde da população. O aumento da expectativa de vida, com percentual cada vez mais elevado de pessoas acima de 60 anos (transição demográfica), associado à mudança do perfil de doenças que acometem a população, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis (transição epidemiológica), associado ao ressurgimento de doenças infecto contagiosas, consideradas erradicadas, e o surgimento de novas patologias infecciosas, nos remetem a uma reflexão do impacto dessas transformações sobre os sistema de saúde, não só no Brasil mas em todo mundo.

Em nosso país, onde a transição demográfica se faz de maneira mais acelerada que em outras nações, o percentual de pessoas acima de 60 anos caminha rapidamente para se tornar o grupo etário majoritário de nossa população trazendo, este rápido aumento impacta não só na saúde como também na assistência social. Tais condições obrigam que os dispêndios financeiros destinados à manutenção e ampliação dos atendimentos nessas duas áreas se tornem cada vez maiores. Ou, no mínimo, melhor geridos.

Em diversos sistemas de saúde públicos, privados ou mistos, as necessidades financeiras destinadas às demandas de atendimento crescem, muitas vezes sem a contrapartida de uma prestação de serviços de qualidade em saúde, gerando aumento da necessidade de financiamento, que agora tem que ser aplicado para a população que se torna mais idosa, portadora de patologias cada vez mais complexas, necessitando de tratamentos mais prolongados e dispendiosos.

Desse modo, a qualidade e a gestão adequadas dos serviços de saúde, em seus diversos níveis de atenção, se tornam um desafio constante, necessitando por parte dos responsáveis por seu manejo um aprimoramento permanente.

Para discussão da qualidade em instituições em Saúde, uma das referências é Avedis Donabedian que, na década de 60 do século passado, estabeleceu um novo patamar sobre os conhecimentos da avaliação da qualidade afirmando que “as áreas que merecem exame de quem analisa e gerencia uma instituição de saúde são a estrutura, processo e os resultados”. (DONABEDIAN,1986,1988 apud ROTTA,2004, p.17)

A partir de então o crescimento de trabalhos sobre gestão e administração de serviços de saúde aumenta exponencialmente. Já não bastava ter conhecimento técnico, mas torna-se também condição fundamental o conhecimento de administração em saúde.



Assim, verifica-se um aumento permanente da busca de profissionais de saúde por qualificação em gestão e administração de serviços de saúde em geral. Seja para a instituição mais simples quanto para o hospital mais qualificado, gestão e planejamento são prioridades.

Para superação desses desafios, esses gestores devem ser municiados por informações estratégicas que proporcionem a tomada de decisões baseada em critérios bem determinados, cujos referenciais teóricos foram definidos por Donabedian. Com essa finalidade são usados há várias décadas os denominados *indicadores de saúde*.

A partir de tais informações, dada pelos indicadores, se pode observar um contínuo aperfeiçoamento dos processos de gestão hospitalar. Em número cada vez maior, instituições lançam mão delas para melhoria do seu desempenho, através de suas estruturas físicas, incorporação de tecnologia, treinamento e capacitação de pessoal, visando incrementar sua qualidade assistencial e satisfação de seus usuários. Os programas de acreditação hospitalar são um reflexo desses avanços.

No presente estudo, destacamos o indicador percentual de pacientes readmitidos pós alta hospitalar, tendo como objetivo principal avaliar o impacto dessas readmissões sobre aspectos organizacionais e financeiros causados por problemas na gestão dos leitos hospitalares, além de conhecer os fatores de maior prevalência para a reinternação hospitalar e destacar a importância do planejamento de ações para eliminar/minimizar suas causas.

Desse modo, é importante entender o processo de readmissão hospitalar como indicador do desempenho hospitalar, para identificação de problemas nos processos de gestão ou a presença de fatores fora do hospital como alimentadores dessas readmissões, promovendo uma reflexão sobre a necessidade de melhora permanente da avaliação dos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Revisão bibliográfica com pesquisa nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE (interface Pubem e BVS, Cochrane Library Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline). SciELO (Scientific Electronic Library Online) além do banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Portal da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, além do Google Scholar.

Foi efetuada uma busca de trabalhos a partir de palavras chaves e expressões em língua portuguesa e inglesa tais como: administração e/ou gestão hospitalar; gestão de custos hospitalares; indicadores hospitalares; alta hospitalar e readmissão hospitalar, readmissão



hospitalar; preditores de readmissão hospitalar; transição hospital casa; prevenção de readmissão hospitalar; atenção primária

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: leitura dos títulos e do sumário, com exclusão de trabalhos que se repetiam em várias bases de dados; artigos que retratassem estritamente a temática e exclusão de trabalhos referentes a grupos específicos de pacientes. A coleta de artigos e sua seleção foram realizadas entre os meses de março e dezembro de 2020.

3 DESENVOLVIMENTO

Antes de abordar os temas gestão e indicadores em saúde, incluindo nessa avaliação os chamados indicadores hospitalares, é importante citar que, há cerca de um século, quando os hospitais não tinham a complexidade atual, um estudo, voltado para a avaliação do ensino médico praticado em diversas instituições existentes nos Estados Unidos e do Canadá, se tornou referência no tema.

No início do século XX Abraham Flexner, educador americano, vindo de um período de estudos na Europa, recebe convite para realizar estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá visitando as 155 escolas de Medicina de ambos os países, durante seis meses. Com base nas avaliações que fez, publica seu trabalho *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, (1910 apud REIS et al., 1990a, p.51) que ficou conhecido como Relatório Flexner (Flexner Report).

Elaborado em 1910, o relatório Flexner foi responsável pela avaliação de diversos estabelecimentos de ensino médico nos EUA e no Canadá levando ao fechamento, ao longo do tempo, de diversos deles.

De acordo com as palavras de Flexner (1910 apud PAGLIOSA, DA ROS, 2008a, p.496) “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença”.

Entretanto esse relatório, comemorado seu centenário recentemente, ainda suscita muitas discussões.

Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico;



formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. (FILHO, 2010a, p.2235)

Para Pagliosa & Da Ros (2008b, p.496)

ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos.

Apesar das controvérsias “a verdade é que, para o bem e para o mal, é impossível discutir a educação médica, em qualquer parte do planeta, sem referir Flexner e seu relatório” (PAGLIOSA & DA ROS 2008c, p.493). Ou seja, a implantação de um novo modelo de ensino nas escolas médicas, a partir do Relatório Flexner, orienta quanto à necessidade de grande parte do aprendizado ser efetuado nos hospitais.

Para Filho (2010b, p.2235)

do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde.

Na mesma época, outro importante trabalho, voltado para a avaliação na área hospitalar é de Ernest Amory Codman (1918, *apud* REIS *et al*, 1990b, p.51). A publicação “A Study in Hospital Efficiency: the first five years” detalha uma proposta de trabalho baseado na observação rotineira e criteriosa do estado de saúde dos pacientes com a finalidade de avaliar os resultados finais das intervenções.

Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais. Realizou, então, um famoso estudo, no qual registra que, entre os aproximadamente 800 hospitais examinados com mais de 100 leitos, menos de 135 tinham algum grau razoável de qualidade. Como consequência deste trabalho e dos estudos desenvolvidos por Codman, cria-se, em 1928, o Hospital Standardization Program, que é o embrião da Joint Commission of Accreditation of Hospitals.

Ao avaliarmos os trabalhos acima identificamos a implantação de uma mudança do modelo de formação dos médicos realizada a partir do Relatório Flexner, com a necessidade de formação em ambiente hospitalar e, posteriormente, o trabalho de Codman voltado para a questão da qualidade hospitalar, que se torna base conceitual para, décadas após, implantação dos programas de acreditação hospitalar.

Apesar de não ser objeto de nossa discussão, esses trabalhos, publicados em períodos próximos, parecem proporcionar um ambiente de retroalimentação para o debate da interface entre ensino/hospital e hospital/ensino, onde a melhoria da qualidade hospitalar reforçaria o



modelo de Flexner para o ensino, ao mesmo tempo que o modelo flexneriano estimularia a melhora da qualificação hospitalar.

Desse modo, verificamos que desde o início do século XX já existia a preocupação nos Estados Unidos da América de identificar as instituições que não oferecessem condições mínimas para funcionamento. Tanto do ponto de vista de ensino médico, onde o Relatório Flexner se tornou paradigma, com discussões que se prolongam até hoje, quanto da avaliação da qualidade das atividades hospitalares, ambos os trabalhos se tornaram referências.

Para Machado, Martins & Martins (2013, p.1064):

enquanto o debate sobre a qualidade dos serviços hospitalares estende-se desde o início do século XX em países como os Estados Unidos e a Inglaterra, no Brasil, datam dos anos 1990 as primeiras iniciativas voltadas para a qualidade do cuidado

Entretanto, já na década de 1940 foram publicados, no Brasil, os primeiros trabalhos de administração hospitalar e também se implantou, em 1951, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo o primeiro curso de administração hospitalar no país, quando se passou a dar maior enfoque às questões administrativas nos hospitais brasileiros (BITTAR, 1997, *apud* ROTTA, 2004a, p.15).

A confirmar a importância da qualidade nos serviços de saúde, mesmo autores não diretamente ligados ao tema reconhecem a complexidade da gestão nessa área. Considerado o pai da Administração e Gestão moderna, Peter Drucker (2002, *apud* VIANA *et al.* 2011, p.36) afirma que “as organizações de saúde estão entre as organizações mais complexas, congregando médicos, equipe de enfermagem e pessoal técnico cada vez mais especializado, com favorecimento de ocorrência de situações de conflito”.

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, com regiões mais desenvolvidas em relação a outras, alguns problemas relacionados ao sistema de saúde são perenes: dificuldade de implantação de um sistema de atenção básica capaz de atender a maioria das demandas de saúde da população; fontes de financiamento incapazes de atender às gigantescas necessidades decorrentes dos processos de transição epidemiológica e demográfica e incapacidade gerencial para administrar os diversos entes do sistema.

Para Vignochi, Gonçalo & Lezana (2014a, p.497) “esse quadro impõe desafios aos gestores na busca de eficiência e eficácia na disponibilização e tratamento de informações para a melhoria da gestão hospitalar, seja no setor público ou privado”.

E quando a questão central a ser abordada é a qualidade em instituições de saúde, o autor mais importante é Avedis Donabedian. Nos seus estudos na década de 60, sobre qualidade no atendimento hospitalar, o autor estabeleceu um delineamento que permite avaliar, de forma



ampla os serviços de saúde, possibilitando visão sistêmica dos componentes envolvidos na produção hospitalar e o entendimento contínuo dessas instituições (DONABEDIAN,1966 *apud* ROTTA,2004b, p.17). Ainda de acordo com estes autores, “as áreas que merecem exame de quem analisam e gerenciam uma instituição de saúde são a estrutura, processo e os resultados” (DONABEDIAN,1986,1988 *apud* ROTTA,2004c, p.17).

O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (DONABEDIAN,1980; VUORI, 1991 *apud* PORTELA ,2000a, p.262)

De acordo com Bittar (2011a, p.22)

medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente

Para Donabedian

avaliação em saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos das tecnologias, serviços ou programas de saúde; esses critérios se constituem em indicadores de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980b; REIS, 1995 *apud* PORTELLAb, 2000, p.259)

Para Rotta (2004d, p.22)

uma maneira efetiva de avaliação da gestão é através da utilização de indicadores que mostram a situação em que se encontra essa gestão e sua evolução ao longo do tempo, permitindo a comparação com referências externas de excelência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (WHO,2007 *apud* Lima,2015, p.62), coloca os sistemas de informações em saúde (SIS) como um dos seis blocos essenciais na construção de um sistema de saúde (prestação de serviços, profissionais de saúde, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento, e liderança e governança).

Para Branco (2001, *apud* LIMA, 2015, p.63)

as informações em saúde procuram refletir o processo saúde/doença, as condições de vida da população e as informações administrativas de interesse para os serviços de saúde, possibilitando um conhecimento ampliado da realidade sanitária da população.



Assim, a análise dos textos acima demonstra a necessidade dos gestores de instituições de saúde, independente do seu porte, terem conhecimento não só das questões ligadas à preservação e cuidados da saúde para seus usuários, mas também compreenderem a importância de terem uma visão abrangente do sistema de saúde onde estão inseridos.

A máxima popular que afirma que “não há almoço grátis”, significando que alguém estará pagando a conta, continua presente. Em tempos de recursos financeiros finitos, há que se procurar o melhor resultado com o mínimo de recursos. Essa visão deve não só vigorar nas instituições públicas quanto nas instituições privadas.

Para isso é necessário que os gestores se utilizem de ferramentas capazes de avaliar todos os diversos aspectos de sua administração. Denominadas de indicadores de saúde, devem proporcionar um conjunto de informações necessárias para o bom desempenho operacional.

Para Vignochi, Gonçalo & Lezana (2014b p.498) “indicadores podem variar conforme as necessidades da organização, estando em consonância com as características e demandas de saúde da população”.

A finalidade de um indicador é otimizar tomadas de decisão em relação à definição do objeto (o que fazer); ao estabelecimento de objetivos (para que fazer); às opções metodológicas (como fazer); à previsão de meios e recursos (com quem e com o que fazer) e à organização da sistemática de avaliação (taxação de valor); cujo valor é a transformação desejada daquela realidade no tempo (HINRICHSEN *et al.*, 2011a, p.200).

Mas para Schout e Novaes (2007, p. 936)

é nas unidades hospitalares que se faz inicialmente presente a preocupação com o seu desempenho e utilização adequada. Além disso, a avaliação e o monitoramento da qualidade da atenção dispensada nos hospitais, seja isoladamente em cada unidade, ou enquanto parte da rede assistencial, tem sido alvo de muitas propostas e extenso debate.

Bittar (1997 *apud* ROTTA,2004e, p.11) “define o hospital como instituição altamente complexa onde são mescladas atividades do tipo processo industrial, ciência e tecnologia, procedimentos diretos com seres humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais”.

Porém, cada instituição pode implantar indicadores a partir do conhecimento de toda sua estrutura, os processos existentes e a avaliação dos resultados. Quando falamos em indicadores podemos citar aqueles ligados a aspectos financeiros, administrativos e outros mais ligados a áreas assistenciais como indicadores de mortalidade, altas e de readmissões.

Ou seja, quem determina o que pode ou deve ser mensurado é a instituição de saúde, a partir de sua estrutura, de seus processos e de seus resultados. Como exemplo, não faria sentido



implantar, “a priori”, um indicador de mortalidade hospitalar em serviços onde é feita atenção primária, ao passo que o percentual de pessoas vacinadas pode não ter relevância para um hospital de alta complexidade.

Para Hinrichsen *et al.* (2011b p.200) “são vários os indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência hospitalar e, entre eles, os mais referidos são: taxa de mortalidade; tempo de permanência; taxa de readmissão imediata; taxa de infecção hospitalar; complicações cirúrgicas e percentual de cesárias”.

Para Moreira (2010a, p.17)

os indicadores de resultado por vezes são utilizados em especial quando o foco da análise é a assistência hospitalar. Entre esses indicadores encontra-se a taxa de readmissão hospitalar, possibilitando identificar deficiências no atendimento, uma vez que permite o acompanhamento ao longo do tempo num mesmo hospital e comparações entre diversos prestadores

4 READMISSÃO HOSPITALAR

Embora em uma análise superficial a expressão readmissão hospitalar seja de conceituação simples, qual seja o ato de readmitir um paciente após alta hospitalar, na prática esse conceito pode variar de acordo com pesquisadores do tema:

De acordo MOREIRA (2010b, p.17):

a Taxa de Readmissão (RA) é resultante da razão entre o número de re.admissões ocorridas em determinado período após a saída hospitalar e o número total de pessoas admitidas no hospital e potencialmente incluídas no numerador, ambos criteriosamente selecionados

Dias (2015, p.20) define "readmissão hospitalar como a admissão hospitalar de um paciente em um mesmo hospital, após certo período de tempo.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, que utiliza a Readmissão Hospitalar como critério de qualidade hospitalar, utiliza a Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar, como critério de excelência:

Número total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar, dividido pelo número total de internações, multiplicado por 100. (Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar. Indicadores do Fator de Qualidade).

Desse modo, temos 03 definições sobre a mesma questão. Essa miríade de conceitos é causada por definir internações em um mesmo hospital ou em hospitais diferentes; a inclusão (ou não) de determinadas patologias como patologias psiquiátricas, neoplasias ou questões obstétricas dentro dos critérios de readmissão, além da definição de períodos variáveis de



prazos de reinternação, todos sendo capazes de causar grande dificuldade de interpretação desse indicador.

De acordo com Borges e Turrini (2011a, p.454) “estudos têm utilizado diferentes intervalos de tempo decorridos da alta para definir a readmissão, havendo referências de períodos curtos como uma semana até um ano pós-alta”.

Para Freitas (2017a, p.21) “o intervalo de 30 dias foi considerado bastante sensível para captar readmissões que estivessem relacionadas a internação inicial como alta hospitalar precoce e outros problemas relacionados à qualidade do cuidado hospitalar”

Assim, a grande quantidade de variáveis envolvidas na definição dos processos de readmissão hospitalar pode causar dificuldade de utilização desse indicador. Entretanto, nos casos de readmissão, a primeira pergunta a ser respondida é sobre o motivo da reinternação, pois “as readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis” (BORGES E TURRINI, 2011b, p.454).

Para Fischer *et al.* (2014 *apud* FREITAS, 2017b p.21) “nos estudos sobre readmissão hospitalar deve haver uma clara distinção entre readmissão planejada e não planejada para que as readmissões hospitalares tenham valia como indicador de qualidade. O que é preconizado em estudos sobre readmissões é que elas não sejam planejadas”

Assim, o estudo detalhado das readmissões hospitalares é fundamental para se identificar suas motivações. A análise desses casos pode fornecer um conjunto de informações que nos permitam mensurar a qualidade do atendimento prestado, servindo com indicador da qualidade dos hospitais, mas também dos serviços de saúde em geral.

Mas para Borges e Turrini (2011c, p.454) “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”.

Além disso, as taxas de readmissão hospitalar podem variar de acordo com o porte do estabelecimento hospitalar, de sua localização e do tipo de atendimento prestado. Desse modo, hospitais pediátricos devem ter taxas de readmissão diversas de hospitais oncológicos, cardiológicos, ortopédicos etc., e que, para fim de análise de indicadores de qualidade, devem ser comparados hospitais com o mesmo perfil de atendimento.



Apesar das dificuldades conceituais e de metodologia, de acordo com Castro, Carvalho & Travassos (2005a, p.1189) “no Brasil quase um quinto (18,0%) de todas as admissões foram readmissões e 15,0% dos pacientes tiveram pelo menos uma readmissão”.

Para Moreira (2010 *apud* FREITAS 2017b, p 27) “14,9% das internações ocorridas no Brasil em 2006 foram de readmissões”. Ou seja, estamos avaliando algo que tem forte impacto social e financeiro devido ao sofrimento causado aos pacientes e seus familiares e sobre os custos financeiros decorrentes dessas reinternações.

Esses dados demonstram a magnitude do problema e reforçam a importância do estudo do tema pois, independentemente do tempo decorrido entre a alta hospitalar e uma reinternação não planejada dos pacientes, é necessário destacar os impactos dessa readmissão hospitalar sobre os sistemas de saúde em geral e, em particular, a nível hospitalar.

5 IMPACTOS SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE

De acordo com Borges *et al* (2008, p.147) “as reinternações hospitalares são um problema frequente nas instituições de saúde. Estudos internacionais identificaram taxas de reinternação hospitalar que variam de 0,47% a 25,4%, dependendo das características demográficas e do tempo de análise entre a internação índice e a readmissão hospitalar”

Para Castro, Carvalho & Travassos, (2005b, p.1186) “nos Estados Unidos, uma minoria de usuários do Medicare (5,0%) é responsável pela maioria dos dias de internação (55,0%) e despesas hospitalares (62,0%). Entre 1974 e 1977, quase 22,0% das altas do Medicare foram seguidas de readmissão em 60 dias, situação também descrita no Canadá”.

Weber, Lima & Acosta (2019a, p.4) afirmam que pacientes com doenças crônicas são mais vulneráveis a uma readmissão hospitalar por apresentarem maiores dificuldades para gerenciar o cuidado no ambiente domiciliar e necessitar de continuidade de cuidados prolongados sendo que esses indivíduos representam 12,7% das reinternações nos Estados Unidos da América e 27,4% na Itália.

Esses trabalhos mostram que a questão das readmissões hospitalares tem abrangência mundial estando intimamente ligadas, em percentual variável, dependendo de características de cada região, às doenças crônicas não transmissíveis e reforçam a necessidade de compreender a readmissão hospitalar como um indicador que pode representar um retrato da qualidade da atenção dispensada pelos hospitais aos pacientes, mas também, como fator de avaliação da assistência à saúde em geral. Um impacto bastante evidente que o aumento do número de reinternações pode causar sobre os sistemas de saúde é sobre a gestão de leitos hospitalares.



De acordo com Wasgen, Terres & Machado (2019a, p.32), “no Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde (2016), existem cerca de 2,3 leitos para cada mil habitantes, porém, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número adequado de leitos é três a cinco vezes maior que o disponível”.

Os indicadores de produtividade são importantes para a gestão de leitos, uma vez que a partir de uma gestão de leitos eficiente, cirurgias são canceladas com menos frequência, os leitos giram mais rápido, a média de permanência ficará em padrões aceitáveis, considerando cada diagnóstico e a taxa de ocupação dentro das metas estipuladas pela organização (RAFFA, MALIK, PINOCHET (2017a, p.130).

Para Wasgen, Terres & Machado (2019b, p.35) “a gestão de leitos deve realizar diariamente a distribuição e controle dos leitos aonde serão acomodados os pacientes oriundos da unidade de tratamento Intensivo (UTI), emergência, bloco cirúrgico, transferências internas e externas, e internação clínica”.

Para Raffa, Malik & Pinochet (2017b, p.131) gerenciar o fluxo de pacientes é um dos aspectos mais desafiadores de qualquer unidade de tratamento de saúde e que por se tratar do gerenciamento da capacidade instalada (gestão de leitos) trata-se normalmente de uma tarefa crítica”.

Para Oliveira, Abreu & Pedrosa (2020, p.22)

considerando como desperdício o total de diárias consumidas por pacientes que tiveram reinternações em 30 dias não planejadas, foi verificado que se as readmissões não planejadas fossem evitadas, haveria a prevenção de uso de um total de 83.097 diárias, sendo 6,7% do total de diárias consumidas no período.

Em um quadro de crescente necessidade de utilização de leitos hospitalares para o tratamento de uma população mais envelhecida e portadora de patologias mais severas, associado à deficiência crônica desses leitos, há necessidade de otimização desse recurso pois pacientes reinternados acabam ocupando leitos que poderiam ser usados por outros pacientes.

Entretanto, para além do impacto sobre a gestão dos leitos hospitalares, o aumento das despesas decorrentes de reinternações não planejadas levou à necessidade de estudos destinados a melhor compreender os motivos dessas reinternações, com a finalidade de implantação de medidas para evitá-las.

De acordo com Dias (2015, p.21) “mesmo reconhecido como indicador de qualidade a readmissão hospitalar tem sido usada junto a incentivos financeiros, almejando qualidade, acesso e redução de custos, onde hospitais com altas taxas de readmissão sofrem penalidades financeiras”.



Em uma estratégia para essa diminuição dos custos hospitalares decorrentes de reinternações hospitalares inicia-se uma reavaliação de políticas de pagamento hospitalar e o percentual de readmissão hospitalar começa a ser identificado como parâmetro para diminuição desses custos.

A questão dos custos crescentes na área da saúde, decorrentes de um contínuo processo de incorporação tecnológica com a permanência de pacientes por períodos cada vez mais prolongados em ambientes hospitalares levou ao surgimento de algumas alternativas relacionadas à redução das despesas hospitalares pela penalização de hospitais com altas taxas de readmissão.

Para Zuckerman *et al* (2016a, p.1544) “readmissões hospitalares dentro de 30 dias após a alta chamaram a atenção da política nacional porque são muito caras, sendo responsáveis por mais de \$ 17 bilhões em despesas evitáveis do Medicare”

Em resposta a essas preocupações, o Affordable Care Act (ACA), que foi aprovado em março de 2010, criou o Programa de Redução de Readmissões em Hospitais. Desde outubro de 2012, o início do ano fiscal (FY) de 2013, o programa penalizou hospitais com taxas de readmissão de 30 dias acima do esperado para condições clínicas selecionadas. No ano fiscal de 2013 e 2014, essas condições foram infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia. Substituição total de quadril ou joelho e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) foram adicionadas no ano fiscal de 2015 (ZUCKERMAN *et al.* 2016b, p.1544).

Para Abdul-Aziz *et al.* (2016, p.201) “o Programa de Redução de Readmissões em Hospitais, implementado em 2012 como parte da Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis, foi projetado para "melhorar a qualidade do atendimento incentivando a redução de readmissões hospitalares" e "recompensar hospitais por fornecer serviços de maior valor”

Nos Estados Unidos está sendo desenvolvido um trabalho de conscientização crescente sobre a alta tardia, uma vez que o *Medicare* não cobra mais a internação, é permitido dar alta para o paciente, mesmo que ele não esteja de acordo, visto que a recusa do programa de alta possibilita a responsabilização financeira e legal do paciente ou de um familiar, pela internação (RAFFA, MALIK, PINOCHET (2017c, p.130).

Para Zuckerman *et al.* (2016cb, p.1544) “os críticos do Programa de Redução de Readmissões em Hospitais temem que os hospitais possam estar conseguindo reduções nas reinternações mantendo os pacientes que retornam em unidades de observação, em vez de readmiti-los formalmente no hospital”

No Brasil, o modelo proposto na saúde suplementar para diminuição dos casos de reinternação hospitalar se baseia não na diminuição de aportes financeiros, mas na mudança do modelo de remuneração hospitalar que se encontra amparada na Nota Técnica 87/2017



Indicadores e Critérios do Fator de Qualidade (FQ) (ano-base 2017) da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O FQ é o percentual aplicado ao índice de reajuste anual dos prestadores de serviços de saúde, estabelecido pela ANS (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) nos casos previstos na RN n.º 364/2014, condicionado ao cumprimento de critérios de qualidade. O FQ deverá ser aplicado como modulador do IPCA, incidindo sobre o reajuste dos contratos firmados entre os prestadores de serviços de saúde e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste, e não há acordo após a negociação, nos primeiros noventa dias do ano. O FQ poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA, a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade. De acordo com o perfil do hospital a “*Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar*” será usado como indicador. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3167-fator-de-qualidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-a-ans>

Desse modo, o gerenciamento adequado dos leitos hospitalares, associado à aplicação de penalidades ou incentivos para promover uma diminuição dos casos de readmissão são ações destinados à melhoria da gestão hospitalar e diminuição dos custos dos sistemas de saúde.

Além dos aspectos financeiros decorrentes de uma reinternação não planejada importante destacar os principais motivos de internação e eventual reinternação.

AFINAL, PORQUE (RE) INTERNAMOS EM UM HOSPITAL?

Para Olveira, Veras & Cordeiro (2018, p.3) “os sistemas de saúde funcionam com poucos pontos de atenção – os quais não funcionam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado. A porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital”.

No Brasil, parcela significativa da população ainda identifica os setores de emergência de um hospital geral como a primeira e única alternativa para garantir atendimento para seus problemas de saúde. Essa opção decorre da inexistência ou do funcionamento precário de outras estruturas capazes de fornecer assistência em saúde e pela capacidade, através do hospital, de resolução imediata de seus problemas.

Assim, a possibilidade de atendimento de suas demandas em um único local torna os hospitais a principal ou a única referência da área de saúde, independente da gravidade da situação, onde casos de pequena complexidade são atendidos junto a pacientes portadores de patologias agudas e complexas, muitas vezes decorrentes de complicações de doenças crônicas, não adequadamente acompanhadas, notadamente na população idosa, que acabam determinando necessidade de internação, sobrecarregando o sistema hospitalar.



De acordo com Rossini (2007, p.27)

é necessário um olhar para o quadro demográfico e epidemiológico das internações hospitalares e que tal perspectiva é importante para os gestores que devem buscar desenvolver uma visão que inclua em suas análises administrativas as características da clientela atendida uma vez que trazem implicações para a gestão do espaço físico, dos recursos materiais, equipamentos médicos, dos recursos humanos entre outros.

Para Filho *et al.* (2004, p.231)

a taxa de internação hospitalar, para homens e mulheres, na faixa etária de 60 anos ou mais (15,2%) foi mais de duas vezes superior à verificada na faixa etária de 20-59 anos (7,2%). Entre os idosos, o risco de internação aumentou acentuadamente com a idade: de 11,8% aos 60-69 anos, para 17,7% aos 70-79 e 24,2% aos 80 ou mais anos (dados não apresentados)

Para Menezes *et al.* (2019, p. 308)

entre 2002 e 2011, houve no Brasil 20.590.599 internações hospitalares de pessoas idosas no âmbito do SUS, representando 27,85% do total de internações e 36,47% dos recursos pagos por elas. Os principais acometimentos de saúde estão associados às doenças crônicas e a ineficácia da promoção da saúde e prevenção de agravos”, favorecendo novas internações em intervalos mais ou menos prolongados.

Para Borges *et al* (2008, p.148)

considerando que uma reinternação traz um enorme ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares, é importante conhecer o perfil dessa população, com vistas a prestar um melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção os cuidados que serão necessários após a alta a fim de evitar uma reinternação não programada.

Nos pacientes que são reinternados e, principalmente, naqueles que são reinternados precocemente após a alta hospitalar, é necessário estudo detalhado para identificar a presença de falhas na estrutura ou nos processos hospitalares que determinaram um resultado não satisfatório ao paciente pois, para Borges & Turrini (2011,p.454) “quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável, embora essa hipótese também seja questionável”.

Para Castro, Carvalho & Travassos (2005c, p.1187) os seguintes fatores estão associados às readmissões: (i) características individuais - idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e renda; (ii) aspectos clínicos - tipo e gravidade da doença; (iii) características da oferta de serviços de saúde - tipo de hospital e padrões de prática médica; e (iv) local de residência e acesso aos cuidados de saúde.

Para Weber, Lima & Acosta (2019b, p.4) “algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias e diabetes, são associadas a



altas taxas de readmissão necessitando de maiores cuidados na preparação para a alta hospitalar”

Para Teston *et al.* (2016, p.331) “as dificuldades no controle das doenças crônicas não transmissíveis resultam em internações hospitalares. No entanto, este período, que, teoricamente, seria dedicado à melhora na situação de saúde, não determina o fim da necessidade de cuidado”

As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se autocuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo (BORGES, TURRINI 2011d, p.454).

Moreira (2010c, p.22) destaca a importância da investigação de readmissões hospitalares na identificação de problemas relacionados com a qualidade das informações, da assistência prestada, bem como a estabelecer prioridades entre os grupos de diagnóstico que são fortemente associados à readmissão, para fins de investigação mais aprofundada.

A análise dos textos acima reforça a importância do conhecimento das causas das internações hospitalares, notadamente na população idosa. Esse conhecimento se inicia com o fornecimento de informações adequadas, preenchimento minucioso dos prontuários médicos com a finalidade de identificar, com a maior exatidão, as causas dessas internações e, a partir desse conhecimento, identificar portadores de patologias crônicas e, dentre eles, aqueles com maiores possibilidades de complicações e de futuras reinternações.

MAS É POSSÍVEL PREVER UMA REINTERNAÇÃO HOSPITALAR?

Para Kasangara *et al.* (2011, p.1697) “a previsão do risco de readmissão é um empreendimento complexo com muitas limitações inerentes. A maioria dos modelos criados até o momento, seja para comparação hospitalar ou para fins clínicos, tem baixa capacidade preditiva”.

Donzé *et al.* (2013, p.632 - 633) afirmam que existem poucos modelos para prever o risco de readmissão em 30 dias em pacientes clínicos gerais. Esses modelos não fazem distinção entre readmissões evitáveis e inevitáveis, muitas vezes têm baixo poder discriminatório ou calibração e / ou usam escores complexos não calculáveis antes da alta hospitalar.

Para Klein *et al.* (2016)

apesar do escore HOSPITAL não apresentar relação como preditor de mortalidade após a alta hospitalar, o mesmo demonstrou ser uma ferramenta de fácil aplicação com validade estatística significativa para identificar os pacientes mais susceptíveis a reinternarem precocemente, tornando possível medidas de acompanhamento após



alta, concentrando recursos para realizar intervenções de cuidados de transição mais intensas para os pacientes de alto risco.

Desse modo, embora existam diversos estudos na literatura relacionada à implantação de metodologias e equipamentos capazes de prever a possibilidade de reinternação hospitalar evitável, as diversas variáveis envolvidas, associadas à necessidade de pessoal qualificado, fontes de informação confiáveis e sistemas operacionais compatíveis, tornam essa possibilidade um desafio.

ASSIM, COMO EVITAR UMA POSSÍVEL REINTERNAÇÃO NÃO PLANEJADA?

De acordo com Weber, Lima & Acosta (2019c, p.4)

portadores de doenças crônicas são mais vulneráveis à readmissão hospitalar, pois possuem maiores dificuldades para gerenciar os cuidados no ambiente domiciliar e necessitam de continuidade dos cuidados em longo prazo”, estando sujeitos a complicações agudas que determinam a necessidade de atendimento emergencial e nova internação hospitalar.

Como frequentemente o processo de acompanhamento e tratamento desses pacientes após alta hospitalar não é efetuado de maneira adequada, os mesmos apresentam, frequentemente, agravamento de seu quadro clínico e, conseqüentemente, novos atendimentos emergenciais, com novas internações hospitalares em intervalos mais ou menos longos, em um círculo permanente de altas hospitalares e reinternações.

Mas nesse processo de internações e reintegrações frequentes, em que o hospital pode contribuir para evitar esse ciclo?

A alta hospitalar é um momento de mudanças no cotidiano dos pacientes, no qual há acréscimo de medicações e cuidados no domicílio. Essas mudanças, por vezes, não são abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar, proporcionando fragmentação dos cuidados pós-alta. É momento que requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, principalmente de idosos e pessoas com doenças crônicas, que têm necessidades de saúde persistentes e contínuas. Porém, as orientações de alta muitas vezes são realizadas de forma mecânica e apressada, sem considerar as condições e as necessidades de cada paciente, frequentemente fornecidas apenas no momento da saída do hospital (WEBER et al. 2017a, p.2)

Quando se observa a rotina de alta hospitalar de pacientes atendidos em emergências ou internados por condições diversas, sejam clínicas ou cirúrgicas, verificamos que esse processo, que deveria ser capaz de fornecer informações adequadas e orientar os pacientes, não se realiza a contento.

A premência por um número excessivo de pacientes a serem avaliados, em horários por vezes inadequados, pressões administrativas para liberação de leitos para atendimento ou



remanejamentos de pacientes intra e extra hospitalares, além de preenchimento de documentações administrativas, tornam a alta hospitalar um momento complexo.

Aspecto importante a ser enfatizado é a dificuldade em fornecer informações corretas e adequadas, em linguagem acessível para os pacientes e seus familiares e acompanhantes-cuidadores fornecimento esse, muitas vezes, realizado de maneira apressada. Essa dificuldade na compreensão das recomendações e de orientações, favorece a possibilidade de erros e omissões, com agravamento do quadro clínico dos pacientes, causando novas internações.

Assim, diante desse quadro de reinternações que se sucedem sem que haja uma efetiva melhoria das condições de saúde dos pacientes hospitalizados “nos últimos anos, tem-se discutido formas para alcançar e operacionalizar a continuidade do cuidado e, para essa finalidade, a transição do cuidado é considerada uma importante estratégia (ACOSTA,2016a p.12)

Para Weber *et al.* (2017b, p.2) “processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde”

Menezes *et al* (2019, p.308)

define a transição de cuidados como um conjunto de ações que visa assegurar a continuidade da assistência entre transferências de diferentes níveis de cuidado ou transferência de local. Logo, os cuidados de transição devem ser planejados e iniciados ao longo do internamento hospitalar, embora na prática observe-se que estes acontecem de forma pontual.

Ou seja, já durante o processo de internação hospitalar deve-se buscar informações precisas, com identificação clara das causas da mesma, verificação de internações prévias, tentando estabelecer uma correlação entre a nova internação e internações anteriores e, a partir dessa análise, estabelecer um planejamento para a alta futura.

O uso de preditores de reinternação hospitalar, já citados anteriormente, pode servir como apoio técnico para esse processo de transição hospital / casa, identificando aqueles que apresentam maior possibilidade de complicações e posteriores reinternações.

Mesmo para pacientes portadores de doenças crônicas, atendidos em emergências e não hospitalizados, Acosta (2016b,p.12) afirma que

a transição do cuidado trata-se do intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e conclui quando ele é recebido no próximo serviço, envolvendo desde o planejamento de alta e a educação em saúde do paciente e da família, até a organização logística, a articulação com os serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais atuantes no processo.



Apesar dos progressos no saber científico sobre a transição do cuidado, reconhece-se a dificuldade em se colocar em prática, no processo de trabalho dos profissionais de saúde, métodos e estratégias para qualificar as transições. Apesar disso, diversas estratégias, baseadas em evidências, têm sido desenvolvidas para a operacionalização de transições seguras. Dentre as descritas na literatura, destacam-se: Care Transitions Intervention; Transitional Care Model; Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions, e Project Re-Engineered Discharge, todas essas intervenções têm custos manejáveis e são desafiadoras, mas não impossíveis de implementar (ACOSTA, 2016c, p.29).

Acosta *et al*(2020,p.3), em trabalho relacionado ao uso de ferramentas destinadas a avaliar a qualidade e a experiência da transição de cuidado nos aspectos relacionados à transferência de informação, preparação dos pacientes e cuidadores, apoio para autogerenciamento e garantia das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados utilizou a versão adaptada para uso no Brasil do Care Transitions Measure (CTM-15), instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de grupos focais com pacientes e seus cuidadores

Para Weber, Lima & Acosta (2019d, p.4)

altas taxas de readmissão nos hospitais podem estar relacionadas a fatores potencialmente evitáveis como planejamento de alta ineficiente, eventos adversos a medicamentos, falta de acompanhamento na atenção primária e insuficiente continuidade no cuidado após a alta.

Assim, a perspectiva de se evitar uma readmissão hospitalar não planejada passa não só por estratégias a nível hospitalar com o uso de preditores de reinternação, associado a uma adequada transição do cuidado, mas, principalmente, devendo privilegiar o acompanhamento fora do ambiente hospitalar. Nesse aspecto, a Atenção Primária é pedra angular

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

De acordo com Junqueira & Duarte (2008, p.762) a atenção primária na promoção da saúde e prevenção de agravos e hospitalizações, incapacidades e mortes precoces é de grande importância, estando associada a menores custos, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social.



Apesar de a atenção primária ser considerada a porta de entrada no sistema de saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para o atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país (ALFRADIQUE *et al*, 2009a, p.1338).

Entretanto, com a finalidade de melhorar a gestão dos serviços de atenção primária e da ESF seria necessário o estabelecimento de uma metodologia capaz de avaliar o impacto dessas ações sobre a população atendida. Assim “a institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais” (ALFRADIQUE *et al*, 2009b, p.1338)

Com a finalidade de identificar as patologias que seriam utilizadas como referência para avaliação da eficácia dos cuidados primários em saúde, em relação às internações hospitalares, foi criada a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP).

Para Pazo *et al*. (2014a, p.1892),

as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) constituem um indicador de resultado utilizado para avaliar a acessibilidade e a eficácia dos cuidados primários de saúde, que pretende, a partir da atividade hospitalar, servir de medida da efetividade da atenção primária à saúde. A lista brasileira de ICSAP, publicada em 2008, é composta por 19 grupos de diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e por condições sensíveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsia; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto. (PAZO, 2014b, p.1892).

Para Fernandes *et al* (2009, p.929)

a atenção primária fortalecida e adequadamente estruturada é fundamental na organização dos sistemas de saúde. Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema.

Para Alfradique *et al* (2009c, p.1337)

altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo (s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência.

Aspecto relevante levantado por Mendonça (2009, p.1496) diz respeito ao fato de que “a APS deve ter maior poder e controle sobre os prestadores dos demais pontos da rede de



atenção, inclusive com a utilização de ferramentas para avaliar a qualidade da atenção especializada, ambulatorial ou hospitalar, com vistas a aumentar a segurança dos pacientes”.

Assim, a APS, como porta de entrada no sistema de saúde deveria ter o papel de regular todo sistema em seus diversos níveis. Os autores acima reforçam a necessidade de mudança de modelo assistencial com alteração da porta de entrada no sistema de saúde do hospital para a atenção primária e, retornando a Filho (2010, p.2235) que afirmava a implantação de um modelo hospitalocêntrico, a partir do relatório Flexner, esses trabalhos demonstram a importância da atenção primária como regulador da assistência da saúde.

Reconhecendo que o paciente (re) internado é portador de uma doença crônica não transmissível, e já esgotados os procedimentos necessários para sua recuperação hospitalar, e com um processo de transição hospital casa estruturado, há necessidade de determinar sua alta, com o necessário encaminhamento para uma outra instância de atendimento responsável pelo seu acompanhamento e continuidade do tratamento.

O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contra-referência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define este sistema como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família. A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha clientes a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento. A contra-referência acontece quando a situação é resolvida e o cliente é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento (MENOZZI 2013, p.16).

Quando há necessidade de encaminhamento do paciente de um serviço de atenção primária para a atenção secundária ou diretamente para atenção terciária (hospital) usa-se o sistema de referência, com a expectativa de que, após o atendimento solicitado, sejam fornecidas informações necessárias para a sequência do acompanhamento a nível da atenção primária.

Quando a paciente encontra - se hospitalizado, sem que tenha sido encaminhado por um sistema de referência ou seja, quando o paciente dá entrada no sistema de saúde via hospital, não há como se falar em contra referência. Assim esse paciente, após obtenção de alta hospitalar devido a Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP,) deve ser encaminhado para a atenção primária.

Idealmente esse paciente deve ser orientado a procurar a unidade de atenção primária mais próxima de seu local de moradia com informações detalhadas fornecidas pelo estabelecimento hospitalar responsável pela internação, incluindo diagnóstico inicial e final de alta, exames complementares realizados com resultados, terapêutica hospitalar instituída,



prescrições medicamentosas pós alta, orientações e recomendações a serem seguidas pela equipe de atenção primária e também pelos Programas de Saúde da Família.

Portanto, desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital os lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (GOMES *et al.* 2011, p.882).

Entretanto, em muitas ocasiões, o paciente não realiza ou realiza acompanhamento irregular a nível da atenção primária, de modo que se torna muito complexo esse processo de acompanhamento pós alta pois, não havendo informações, orientações e recomendações advindas do sistema hospitalar seu acompanhamento é prejudicado, favorecendo reinternações.

Uma outra situação que dificulta o sistema de referência e de contrarreferência é decorrente do fato de que, dependendo da localização, os hospitais se encontram restritos a uma única unidade hospitalar, que atende diversas localidades, sendo que usuários são residentes em municípios distantes dos hospitais ou então residem em localidades onde o Programas de Saúde da Família e a rede de atenção primária não se encontram suficientemente estruturadas.

Desse modo, todo o processo de internação hospitalar, com a identificação minuciosa da patologia e de internações anteriores, o tratamento hospitalar adequado e a elaboração de um plano de transição do cuidado com posterior alta hospitalar devem ser acompanhados pela manutenção dos cuidados com o paciente em caráter ambulatorial, de modo a garantir uma assistência adequada, evitando reinternações potencialmente evitáveis.

Mesmo a nível da saúde suplementar, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar, já se observa a iniciativa de implantação de um novo modelo de cuidados com a saúde, tendo como objetivo estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção básica, por onde os pacientes devem ingressar no sistema de saúde

O Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS) pretende envolver a coordenação e a integração do cuidado em saúde centrado no paciente, incentivando o desenvolvimento de estratégias de cuidado integral, especialmente de doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes em adultos e idosos, tais como, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e câncer.

NOVOS DESAFIOS: O HOSPITAL COMO FONTE DE REINTERNAÇÃO

Além das dificuldades inerentes ao tratamento hospitalar de pacientes portadores de complicações mais ou menos severas, decorrentes de patologias agudas ou crônicas, associado



a processos de transição de cuidado inexistentes, com acompanhamento e tratamentos no âmbito da atenção primária inadequados, favorecendo casos de reinternação hospitalar, a descrição de uma nova síndrome, a qual se atribuem muitos casos de reinternação, é motivo de estudos recentes.

pacientes que foram hospitalizados recentemente não estão apenas se recuperando de sua doença aguda, mas também experimentam um período transitório de risco generalizado para uma ampla gama de eventos adversos à saúde. Assim, sua condição pode ser mais bem caracterizada como uma **síndrome pós-hospitalar**, uma condição adquirida de vulnerabilidade. Esta teoria da doença sugere que os riscos no período crítico de 30 dias após a alta podem derivar tanto, ou mais, do estresse alostático que os pacientes experimentam no hospital, assim como dos efeitos prolongados da doença aguda que precipitou a hospitalização. No momento da alta, os sistemas fisiológicos são prejudicados, as reservas fisiológicas se esgotam e o corpo não pode evitar ou mitigar efetivamente as ameaças à saúde (KRUMHOLZ, 2013a, grifo nosso)

Estressores que elevam o risco de rehospitalização incluem alteração do sono modificando o ritmo circadiano, inatividade física, dor, ansiedade/depressão, isolamento social, ruídos, múltiplas punções venosas, perda da autonomia, assim como mudanças na alimentação, luminosidade e temperatura ambiente (MESQUITA, *et al.*, 2015, p.542).

Pode ocorrer privação de sono. delirium frequentemente continua mesmo após a hospitalização. Os efeitos adversos das farmacoterapias comumente usadas, iniciadas no hospital e continuadas na alta, podem exacerbar todas essas condições (DHARMARAJAN, *et al.*, 2013.).

Para Krumholz (2013b) “precisamos nos concentrar nos fatores durante a hospitalização e no período de recuperação precoce que estão contribuindo para o período transitório de vulnerabilidade”.

Para Mesquita *et al.* (2015b, p.541) “os pacientes idosos e os muito idosos (acima de 80 anos), em particular, são os mais vulneráveis à síndrome pós-hospitalização”.

A síndrome pós hospitalização nos remete a uma discussão de todo o processo de uma internação hospitalar. Em muitas situações, as causas que levam à necessidade de atendimento hospitalar são determinadas por situações clínicas ou cirúrgicas severas que determinam a necessidade de atendimento emergencial e posterior internação hospitalar.

A partir de então, dependendo de condições clínicas, estando lúcido ou não, acompanhado ou só, passa a seguir uma trajetória de atendimentos por pessoas desconhecidas, realização de exames os mais variados, sendo puncionados para veiculação de medicamentos e internados em enfermarias, quartos ou em outras unidades de maior complexidade, com total perda de sua autonomia, muitas vezes longe de família e de amigos, levando inclusive à perda de noção do tempo.

Após a melhora do seu quadro inicia-se o processo de transferência do paciente para outra instancia de acompanhamento ou para recuperação em seu domicílio.



Idealmente, o processo de transição de cuidado em pacientes deve ser iniciado no momento da internação pois, para Freitas (2017, p.63) “a admissão de um paciente em um hospital envolve vários serviços e cuidados prestados por profissionais de diversas categorias e que estes cuidados são frequentemente permeados por processos inseguros, onde o paciente é o elo mais vulnerável dentro do contexto hospitalar”.

Para Krumholz (2013b)

devemos, no mínimo, fazer um inventário da condição do paciente na alta, solicitando detalhes muito além daqueles relacionados à condição que levou à hospitalização. À medida que avaliamos a prontidão para a transição do ambiente de internação, precisamos estar cientes das deficiências funcionais, com atenção à função cognitiva e física, e alinhar os cuidados de forma adequada.

Assim, os familiares e cuidadores desses pacientes devem ser orientados quanto à possibilidade de surgimento de sinais e sintomas característicos da síndrome pós hospitalização, com a finalidade de identificar situações que possam determinar problemas mais severos como quedas. Do mesmo modo, os profissionais de saúde, notadamente aqueles que prestam atendimento nos primeiros dias pós alta hospitalar, devem estar atentos a essa nova condição.

6 CONCLUSÃO

As mudanças epidemiológicas e demográficas das últimas décadas, com conseqüente aumento da prevalência de patologias crônicas degenerativas e o envelhecimento populacional determinaram a necessidade de melhoria da gestão dos sistemas de saúde, com a utilização dos denominados indicadores em saúde.

Dentre os diversos indicadores usados, destacamos a readmissão hospitalar pois, apesar das controvérsias relativas às interpretações de intervalos de tempo variáveis para caracterizar reinternação, esse indicador tem sido usado para determinar penalidades financeiras decorrentes de reinternações por patologias específicas e, na saúde suplementar do Brasil, como critério para aumento dos repasses financeiros hospitalares.

Além disso, a análise dos casos de reinternação e a busca de sua redução têm importância para implantação de um sistema de gestão de leitos, fundamental para atendimento às necessidades do estabelecimento hospitalar.

Um outro aspecto relativo à análise dos casos de readmissão hospitalar é o da avaliação da qualidade do atendimento hospitalar e, em última análise, da atenção dispensada em outros níveis de atenção à saúde. Para isso, é necessário o conhecimento, por parte dos gestores e