

**PERFIL DOS PACIENTES READMITIDOS EM UM HOSPITAL CARDIOVASCULAR****PROFILE OF PATIENTS ADMITTED IN A CARDIOVASCULAR HOSPITAL****PERFIL DE LOS PACIENTES READMITIDOS EN UN HOSPITAL CARDIOVASCULAR***Aline Simões Moizés¹, Celia Hiromi Shiotsu², Magali Hiromi Takashi³***RESUMO**

Objetivo: caracterizar a readmissão dos pacientes cardiopatas em instituição de alta complexidade. **Método:** estudo retrospectivo, comparativo, quantitativo, com pacientes reinternados em um hospital público do Estado de São Paulo. Os dados foram comparados pelos testes t de *Student*, *Spearman* e *Pearson*, teste exato de *Fisher* e teste Qui-Quadrado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. **Resultados:** total: 728 prontuários, maioria: homens, idosos, casados, com ensino fundamental incompleto, aposentados ou realizando atividade doméstica. Os diagnósticos médicos frequentes foram: síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca e malformações congênitas. Os diagnósticos de enfermagem frequentes: risco de infecção, risco para débito cardíaco diminuído e risco para privação do sono. A média de permanência foi de 8,8 dias. **Conclusão:** o perfil dos pacientes readmitidos auxilia a identificação de possíveis focos de fragilidade e de melhoras, diminuindo o tempo de internação e readmissões. **Descritores:** Readmissão do Paciente; Doenças Cardiovasculares; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to characterize the readmission of cardiac patients in highly complex institutions. **Method:** A retrospective, comparative, quantitative study, with patients readmitted in a public hospital in the state of São Paulo. Data was compared using the t test from *Student*, *Spearman* and *Pearson*, *Fisher's* exact test and the chi-square test. The study was approved by the Research Ethics Committee of the institution. **Results:** total: 728 records, mostly: men, elderly, married, with incomplete primary education, retired or performing domestic activities. Frequent medical diagnoses were acute coronary syndrome, heart failure and congenital malformations. Frequent nursing diagnoses: risk of infection, risk of decreased cardiac output and risk of sleep deprivation. The average stay was 8.8 days. **Conclusion:** the profile of the readmitted patients helps identify potential fragility of outbreaks and improvements, reducing the length of stay and readmissions. **Descriptors:** Readmission of the Patient; Cardiovascular Diseases; Nursing Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la readmisión de los pacientes cardiopatas en instituciones de alta complejidad. **Método:** estudio retrospectivo, comparativo, cuantitativo, con pacientes re internados en un hospital público del Estado de São Paulo. Los datos fueron comparados por los testeos t de *Student*, *Spearman* y *Pearson*, testeo exacto de *Fisher* y testeo chi-cuadrado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Pesquisa de la institución. **Resultados:** total: 728 prontuarios, mayoría: hombres, ancianos, casados, con enseñanza primaria incompleta, jubilados o realizando actividad doméstica. Los diagnósticos médicos frequentes fueron: síndrome coronaria aguda, insuficiencia cardíaca y malformaciones congénitas. Los diagnósticos de enfermería frequentes: riesgo de infección, riesgo para débito cardíaco disminuyendo y riesgo para privación del sueño. La media de permanencia fue de 8,8 días. **Conclusión:** el perfil de los pacientes readmitidos auxilia la identificación de posibles focos de fragilidad y de mejoras, disminuyendo el tiempo de internación y readmisiones. **Descriptores:** Readmisión del Paciente; Enfermedades Cardiovasculares; Diagnóstico de Enfermería.

¹Enfermeira, Residente em Enfermagem Cardiovascular, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/IDPC. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: aline.aln09@gmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Aprimoramento na Modalidade Residência do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/IDPC, São Paulo (SP), Brasil. E-mail: celiashiotsu@ig.com.br; ³Enfermeira, Mestre em Ciências, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/IDPC. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: magalitak@gmail.com

INTRODUÇÃO

Há várias definições de readmissão hospitalar. Aquela que considera as internações subsequentes, nas quais o diagnóstico principal é o mesmo ou está diretamente relacionado ao da internação inicial, enquanto outras consideram aquelas ocorridas no mesmo serviço, independentemente do diagnóstico que motivou a readmissão. Há divergência de definições também em relação ao intervalo de tempo, que pode variar de 14 dias a 1 ano após a alta.¹

Uma readmissão hospitalar pode ser definida como uma nova hospitalização ocorrida num período de 1, 2, 4 ou 12 meses após ter sido conferida alta, embora esta definição não seja consensual dentro da comunidade científica.²

As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. Já as eventuais podem ser agrupadas: potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável.³

A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente.³

Neste estudo será usada como definição para readmissão hospitalar aquelas que ocorrem dentro de um ano, que pode ser decorrente do agravamento da condição pregressa do paciente ou de outras morbidades associadas.⁴

As readmissões hospitalares podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença,³ refletindo também o impacto dos cuidados hospitalares na condição do paciente após a alta.⁵

Estudos evidenciaram que elevadas taxas de reinternações estão relacionadas com um aumento das despesas no setor da saúde, com o decréscimo da qualidade dos cuidados de saúde e com elevadas taxas de mortalidade hospitalar.² Estudos internacionais identificaram taxas de reinternação hospitalar que variam de 0,47% a 25,4%.⁵

Há considerável variação de fatores associados às reinternações como: idade, carência financeira, etnia, distância para o

hospital, ruralidade, estilo de vida, fatores meteorológicos e acesso a cuidados primários.⁶

As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto-cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo. A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para a estabilidade do quadro clínico³, como por exemplo, no caso de doenças cardiovasculares, em que o paciente torna-se responsável por manter uma alimentação saudável, hipossódica, com baixo teor de gorduras, praticar atividades físicas regularmente, controlar a ingestão hídrica e tomar as medicações corretamente, além de seguir um acompanhamento médico periodicamente. Em um estudo realizado com pacientes com insuficiência cardíaca, evidenciou-se que os motivos de readmissão hospitalar envolvem o agravamento da doença, não adesão ao tratamento e medicações não otimizadas.⁷

De acordo com Benbassat e Taragin, entre 9% a 48% das reinternações poderiam ser prevenidas, na medida em que estão associadas a cuidados inadequados durante o período de hospitalização. Além disso, de acordo com o mesmo estudo, entre 12% a 75% das reinternações poderiam ser evitadas com recursos como: de educação dos doentes, a uma correta avaliação antes da decisão da alta a manutenção de cuidados no domicílio. Na verdade, a manutenção de cuidados domiciliários a longo-prazo aparenta desempenhar um papel importante, no que se refere à prevenção de reinternações hospitalares,² uma vez que, por exemplo, a continuidade do uso de álcool e tabaco no domicílio, estão relacionados ao aumento de readmissões hospitalares em pacientes cardiopatas.⁸

Um estudo mostra que as taxas de reinternações são mais elevadas em hospitais centrais, de maiores dimensões (com mais de 200 leitos), mais complexos, com tecnologias mais sofisticadas e mais especializadas, na medida em que estes recebem uma maior proporção de doentes com problemas mais graves.²

A redução das taxas de reinternações hospitalares permite diminuir os custos hospitalares e melhorar a qualidade dos tratamentos,² considerando que uma reinternação traz um enorme ônus ao sistema

Moizés AS, Shiotsu CH, Takashi MH.

de saúde, além de desconforto ao paciente e seus familiares.⁵

OBJETIVOS

- Caracterizar a readmissão dos pacientes cardiopatas em instituição de alta complexidade que ocorrem na mesma internação e após a alta hospitalar, nas unidades do pronto-socorro, hemodinâmica, internação adulto e pediatria, terapias intensivas e hospital-dia.
- Caracterizar as readmissões segundo perfil sociodemográfico do paciente, causa, tempo para readmissão e tipo de readmissão (após alta).
- Correlacionar as variáveis do perfil do paciente com a causa de readmissão; correlacionar o tempo de internação com o tipo de readmissão.
- Correlacionar os diagnósticos de enfermagem e evolução de alta com a causa de readmissão; e propor estratégias na assistência de enfermagem para diminuir a ocorrência da readmissão de pacientes.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da monografia **Perfil dos pacientes readmitidos em um hospital cardiovascular** apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Lato-sensu*, modalidade Residência em Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo-SP, Brasil. 2014

Foi realizado um estudo retrospectivo, comparativo e com análise quantitativa, em uma instituição pública hospitalar, referência no atendimento em cardiologia da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

A população contemplada neste estudo consta de pacientes reinternados nos diversos setores do hospital (pronto-socorro, unidades de internação, unidade de terapia intensiva, hemodinâmica, pediatria e hospital-dia), e que foram submetidos a tratamento clínico ou cirúrgico durante o ano de 2012.

Primeiramente, foi levantada e analisada a ocorrência de readmissão de pacientes no ano de 2012, no banco de dados do SAME da Instituição, quanto a: data de internação, unidade, causa, intervalo de tempo entre as internações e tempo de internação. Posteriormente, foram coletados os dados dos prontuários desses pacientes, referentes ao ano de 2012, quanto à assistência de enfermagem prestada (Diagnósticos de Enfermagem e Evolução - DEE no primeiro dia da internação e no dia anterior à alta), além

Perfil dos pacientes readmitidos em um hospital...

de anotações médica e de enfermagem referentes ao óbito caso este tivesse ocorrido. Após a coleta, os dados foram transcritos para uma planilha confeccionada no Excel, contendo as variáveis: idade, sexo, local de residência, condição de trabalho, condição social, diagnóstico médico, comorbidades, tempo de internação, número de internações no período, tempo entre uma internação e outra, diagnóstico de enfermagem e evolução de enfermagem na alta.

A planilha do *Excel* foi submetida à análise estatística com o programa SPSS, utilizando testes paramétricos e não-paramétricos com nível de significância de 5%.

Para análise dos dados, foram comparadas as características sociodemográficas e as causas da readmissão pelo teste t de *Student*, *Spearman* e *Pearson*, e comparados às condições clínicas e de enfermagem e causas da readmissão pelo teste exato de *Fisher* e teste Qui-Quadrado.

O projeto deste trabalho foi previamente submetido e aprovado em 02 de julho de 2013, pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IDPC mediante CAAE nº 18774113.0.0000.5462, sob o protocolo nº 4351/2013, atendendo às determinações preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.⁹

RESULTADOS

◆ Perfil da amostra

Dos 728 prontuários coletados, 445 (61%) referem-se a usuários do sexo masculino e 283 (39%) ao sexo feminino, sendo a maioria advinda da cidade e do Estado de São Paulo 442 (60,7%), e 257 (35,3%) advindos de outras cidades e municípios do Estado de São Paulo. Os outros 29 (4%) usuários correspondem aos Estados do Rio de Janeiro, Goiás, Bahia, Minas Gerais, Paraná, Pará, Roraima e Espírito Santo.

Quanto à faixa etária, 7 (0,96%) são menores de 1 ano, 51 (7,01%) estão entre 1 e 10 anos, 18 (2,47%) estão na faixa etária dos 11 aos 20 anos, 20 (2,75%) estão entre 21 e 30 anos, 39 (5,36%) entre 31 e 40 anos, 77 (10,58%) entre 41 e 50 anos, 146 (20,05%) entre 51 e 60 anos, 168 (23,08%) entre 61 e 70 anos, 147 (20,19%) entre 71 e 80 anos, 51 (7,01%) entre 81 e 90 anos e 4 (0,55%) estão acima dos 90 anos; sendo a menor idade de 1 mês e a maior idade de 101 anos.

Quanto ao estado civil, 405 (55,63%) são casados, 92 (12,64%) são solteiros, 81(11,13%) viúvos, 58 (7,97%) são divorciados e 13 (1,79%) possuem união estável. Nos classificados como

Moizés AS, Shiotsu CH, Takashi MH.

Perfil dos pacientes readmitidos em um hospital...

“não se aplica”, enquadram-se as crianças/adolescentes, encontrados em 60 (8,24%) prontuários e em 19 (2,61%) prontuários não foram encontrados registros.

No que se refere à escolaridade, a maioria dos usuários possui ensino fundamental incompleto 250 (34,34%), 128 (17,58%) possuem ensino fundamental completo, 124 (17,03%) têm ensino médio completo, 59 (8,10%) são analfabetos, 44 (6,04%) possuem ensino superior completo, 20 (2,75%) ensino médio incompleto e 16 (2,20%) superior incompleto. 39 (5,36%) tiveram os dados de escolaridade definidos como “não se aplica”

por não estarem ainda em idade escolar e em 48 (6,59%) prontuários esses dados não foram registrados.

Quando cruzou-se o estado civil com sexo, ressalta-se que há mais mulheres solteiras (16,2%) e viúvas (20,5%), enquanto há mais homens casados (63,8%) e separados ou divorciados (9,3%). A união estável e a opção “não se aplica” não apresentaram ajuste de resíduo>1,97. Devido à falta de informação no prontuário, quanto ao estado civil de 19 pacientes, as porcentagens citadas referem-se a um total de 709 pacientes. Esses dados serão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Estado civil de acordo com o sexo. São Paulo, 2014.

Estado Civil	Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	
Solteiro	45	16,2%	47	10,9%	<0,001
Casado	130	46,8%	275	63,8%	
Viúvo	57	20,5%	24	5,6%	
Separado/Divorciado	18	6,5%	40	9,3%	
União estável	5	1,8%	8	1,9%	
Não se aplica	23	8,3%	37	8,6%	

Já ao cruzar escolaridade com sexo, há mais mulheres analfabetas (11,9% do total de 283 mulheres), com ensino fundamental incompleto (40,0%), com ensino médio incompleto (4,1%) e classificadas como “não se aplica” por não terem idade escolar (6,7%), do que homens. Já nos níveis de escolaridade fundamental completo, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo, há mais homens do que mulheres, com respectivamente 20,0%, 19,8%, 2,7% e

9,0% do total de 445 homens (p=0,002). Porém, vale ressaltar que as opções; fundamental incompleto e completo, ensino médio incompleto e completo não apresentaram ajuste de resíduo >1,97. Como não havia escolaridade registrada no prontuário de 48 pacientes, as porcentagens citadas referem-se a um total de 680 pacientes. Esses dados serão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Escolaridade de acordo com sexo. São Paulo, 2014.

Escolaridade	Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	
Analfabeto	32	11,9	27	6,6	<0,002
Fundamental incompleto	108	40,0	142	34,6	
Fundamental completo	46	17,0	82	20,0	
Ensino médio incompleto	11	4,1	9	2,2	
Ensino médio completo	43	15,9	81	19,8	
Superior incompleto	5	1,9	11	68,8	
Superior completo	7	2,6	37	9,0	
Não se aplica	18	6,7	21	5,1	

Quanto à situação trabalhista, 296 (40,66%) são aposentados, 191 (26,24%) possuem atividade remunerada, 18 (2,47%) são desempregados e 18 (2,47%) afastados. 182 (25%) tiveram sua situação trabalhista descrita como “não se aplica” devido à idade ou por estarem descritos como “do lar”, e em 23 (3,16%) prontuários não foram encontrados registros. Entre as profissões que mais apareceram destacam-se motorista, aparecendo 17 vezes, o que corresponde a 2,34%, sendo que todos eram homens,

comerciantes, aparecendo 14 vezes e correspondendo a 1,92% e autônomos, aparecendo 11 vezes e correspondendo a 1,51%. A profissão que mais apareceu dentre as mulheres foi descrita como “do lar”, aparecendo 90 vezes, correspondente a 12,36% do total da amostra.

Não houve significância ao cruzar a situação trabalhista com sexo (p=0,031).

No que se refere às comorbidades, 506 (69,51%) apresentam hipertensão arterial,

Moizés AS, Shiotsu CH, Takashi MH.

Perfil dos pacientes readmitidos em um hospital...

362(49,73%) são sedentários, 345 (47,39%) apresentam dislipidemia, 232 (31,87%) diabetes mellitus, 162 (22,25%) consideram-se estressados, 130 (17,86%) fazem uso de tabaco, 95 (13,05%) são obesos.

Não houve significância da ocorrência de diabetes, hipertensão, dislipidemia, sedentarismo e estresse quando

correlacionada ao sexo. A comorbidade fumo, apresentou significância próxima a $p=0,013$ sendo mais prevalente em indivíduos do sexo masculino. Já a obesidade é mais prevalente em indivíduos do sexo feminino com nível de significância de $p=0,005$. Esses dados serão apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Comorbidades de acordo com o sexo. São Paulo, 2014.

Comorbidades	Feminino		Masculino		Nível de significância p
	n	%	n	%	
Diabetes	90	40,5%	132	59,5%	0,620
Hipertensão	189	37,4%	317	62,6%	0,132
Dislipidemia	132	38,3%	213	61,7%	0,647
Fumo	38	29,2%	92	70,8%	0,013
Obesidade	50	52,6%	45	47,4%	0,005
Sedentarismo	139	38,4%	223	61,6%	0,703
Estresse	63	38,9%	99	61,1%	1,000

◆ Dados da internação

Dos 728 prontuários analisados, 708 (97,3%) foram de internações financiadas pelo SUS, e 20 (2,7%) pelo convenio particular UNIMED.

Na primeira internação, de 728 usuários, os diagnósticos médicos mais frequentes pelos quais os pacientes necessitaram de internação foram: Tratamento de Síndrome Coronariana Aguda - 100 (13,74%), Tratamento de Insuficiência Cardíaca - 93 (12,77%), Tratamento de Malformações Congênitas do Aparelho Circulatório - 64 (8,79%), Tratamento de Insuficiência Arterial com Isquemia Crítica - 45 (6,18%), Cateterismo Cardíaco - 43 (5,91%), Revascularização Miocárdica - 39 (5,36%), Tratamento de Arritmias - 35 (4,81%), Implante de Prótese Valvar - 29 (3,98%), Arteriografia de Membro - 27 (3,71%), Tratamento de Miocardiopatias - 22 (3,02%) e Ablação de Flutter Atrial - 22 (3,02%).

Quando cruzou-se os diagnósticos médicos com sexo, não houve significância ($p=0,484$).

Quanto aos Diagnósticos de Enfermagem referentes à primeira internação, os mais frequentes foram Risco de Infecção - 615 (84,5%)na admissão e 532 (73,1%) na alta,Risco para Débito Cardíaco Diminuído - 552 (75,8%)na admissão e 464 (63,7%) na alta, Risco para privação do sono - 535 (73,5%)na admissão e 398 (54,7%) na alta, Risco de constipação - 507 (69,6%)na admissão e 394 (54,1%) na alta, Risco de queda - 444 (61%)na admissão e 360 (49,5%) na alta, Mobilidade

física prejudicada - 376 (51,6%)na admissão e 316 (43,4%) na alta, Déficit no autocuidado para banho/higiene - 362 (49,7%)na admissão e 280 (38,5%) na alta, Risco para integridade da pele prejudicada - 283 (38,9%)na admissão e 204 (28%) na alta, Risco de glicemia instável - 248 (34,1%)na admissão e 216 (29,7%) na alta, Rompimento do vínculo familiar - 222 (30,5%)na admissão e 260 (35,7%) na alta e Proteção ineficaz - 186 (25,5%)na admissão e 120 (16,5%) na alta.

Ao cruzar os diagnósticos de enfermagem (DE) com sexo, na primeira admissão nenhum DE teve relação significativa. Já na segunda admissão, o DE Risco para volume de líquidos excessivo possuiu uma significância próxima com $p=0,007$, sendo mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino, sendo que 77,6% dos indivíduos que tinham esse DE presente eram homens. Os demais DE da segunda admissão não tiveram significância quando correlacionados com o sexo.

Já na alta, quando correlacionou-se os diagnósticos de enfermagem com o sexo, apenas o DE Déficit no autocuidado para banho e higiene foi mais prevalente em indivíduos do sexo feminino com 45,0% ($p=0,004$). Os demais DE não foram significativos quando correlacionados com o sexo. Esses dados serão apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Diagnósticos de enfermagem da alta 1 de acordo com o sexo. São Paulo 2014.

Diagnósticos de Enfermagem	Primeira Alta				p
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Conhecimento deficiente sobre o procedimento	10	37,2	17	63,0	1,000
Débito cardíaco diminuído	0	0,0	3	100,0	0,289
Déficit no autocuidado para alimentação	30	48,4	32	51,6	0,102
Déficit no autocuidado para banho/higiene	126	45,0	154	55,0	0,004
Déficit no conhecimento da patologia	7	38,9	11	61,1	1,000
Dor aguda	17	41,5	24	58,5	0,741
Dor torácica	12	41,4	17	58,6	0,846
Insaturação arterial	4	28,6	10	71,4	0,583
Integridade da pele prejudicada	29	41,4	41	58,6	0,606
Integridade tissular prejudicada	70	34,1	135	65,9	0,147
Intolerância à atividade	35	47,9	38	52,1	0,098
Mobilidade física prejudicada	136	43,0	180	57,0	0,024
Perfusão renal ineficaz	1	12,5	7	87,5	0,162
Perfusão tissular periférica ineficaz	1	100,0	0	0,0	0,384
Privação do sono	4	50,0	4	50,0	0,492
Processos familiares interrompidos	1	50,0	1	50,0	1,000
Proteção ineficaz	50	41,7	70	58,3	0,471
Risco para débito cardíaco diminuído	175	37,7	289	62,3	0,624
Risco de constipação	151	38,3	243	61,7	1,000
Risco de diarreia	1	100,0	0	0,0	0,384
Risco de glicemia instável	82	38,0	134	62,0	0,933
Risco de infecção	204	38,3	328	61,7	0,929
Risco de queda	144	40,0	216	60,0	0,395
Risco para integridade da pele prejudicada	85	41,7	119	58,3	0,269
Risco para perfusão renal ineficaz	21	44,7	26	55,3	0,357
Risco para perfusão tissular periférica ineficaz	20	42,6	27	57,4	0,539
Risco para privação de sono	155	38,9	243	61,1	0,815
Risco para volume de líquidos excessivo	28	36,8	48	63,2	0,804
Rompimento do vínculo familiar	89	34,2	171	65,8	0,092
Ventilação espontânea ineficaz	0	0,0	1	100,0	1,000
Volume de líquidos excessivo	16	44,4	20	55,6	0,484

O número mínimo de dias em que o paciente ficou internado foi 0, que indica que o mesmo permaneceu menos de 24 horas no hospital, e o número máximo foram 118 dias, sendo a média do número de dias da primeira internação igual a 10,44 dias.

Nas internações seguintes, sendo o total máximo de 7 reinternações, os diagnósticos médicos e de enfermagem mais frequentes se repetem, delineando assim o perfil de comorbidades e necessidades dos usuários desse estabelecimento de saúde especializado em doenças cardiovasculares.

Quanto à média de dias em que o paciente ficou internado na instituição, a segunda internação teve uma média de 11,43 dias, com número mínimo de 0 e máximo de 310 dias de permanência na instituição; a terceira internação teve média de 10,82 dias, com permanência mínima de 0 e máxima de 115 dias; a quarta internação teve média de 11,28 dias com permanência na instituição mínima de 0 dias e máxima de 62 dias; na quinta internação a média de permanência na instituição foi de 11,61 dias, com mínimo de 0 dias e máximo de 15 dias, na sexta internação a média foi de 6,66 dias com permanência

mínima de 0 dias e máxima de 15 dias e, na sétima internação, a média de permanência na instituição foi de 1,00 dia com mínimo de 0 dias e máximo de 4 dias de internação.

Entre a primeira e segunda internação transcorreram um mínimo de 0 dias e máximo de 148 dias, com média de 61,33 dias; entre a segunda e terceira internação transcorreram um mínimo de 1 dia e um máximo de 288 dias, com média de 57,34 dias; entre a terceira e a quarta internação passaram-se um mínimo de 2 dias e um máximo de 255 dias, com média de 28,90 dias; entre a quarta e a quinta internação o número mínimo de dias que transcorreram foi de 5 dias e máximo de 67, com média de 23,92 dias; entre a quinta e a sexta internação, passaram-se um mínimo de 1 dia e um máximo de 21 dias, com média de 5,33 dias e, entre a sexta e a sétima internação, o mínimo de dias transcorridos foi de 17 e o máximo foi de 92, com média de 30,75 dias.

Durante todo o período analisado, houve a ocorrência de 70 óbitos, não havendo significância quando comparados os sexos feminino e masculino (p=0,156).

DISCUSSÃO

Dos 728 prontuários coletados, 445 (61%) referem-se a usuários do sexo masculino e 283 (39%) ao sexo feminino.

Apesar de não haver dados em literatura que fundamentem o fato de haver mais incidência de readmissão em homens do que em mulheres, pode-se embasar o resultado deste estudo levando em consideração que os homens procuram menos o serviço de saúde por motivos ligados à masculinidade ou medo, o que pode explicar o agravamento da doença pela falta de medidas preventivas, levando a uma hospitalização e, conseqüentemente, a readmissões hospitalares.¹⁰

Em um estudo realizado em um hospital geral de Marília-SP, de janeiro de 1996 a dezembro de 1997, 62,2% dos pacientes reinternados eram do sexo feminino.¹¹ Já em um estudo mais recente, realizado de janeiro a março de 2007, 54,15% dos pacientes readmitidos eram do sexo masculino.¹² Em outro estudo realizado na cidade de São Paulo em 2003, observou-se que 44,35% dos pacientes readmitidos eram do sexo feminino e 55,65% do sexo masculino.⁴ Observa-se então que apenas no estudo de Marília de 1996 a população feminina superou a masculina.

A grande maioria (63,32%) da população readmitida está entre a faixa etária de 50 a 80 anos, demonstrando que a idade está diretamente relacionada à hospitalização por doença cardiovascular, uma vez que o risco aumenta nesta população. Um estudo que caracterizou a readmissão hospitalar na população idosa, demonstrou que a faixa etária de 60 anos ou mais representa 36,8% dos eventos.¹¹ No Brasil, tem-se verificado que o coeficiente de hospitalização, os índices de hospitalização e o custo com a hospitalização do Sistema Único de Saúde (SUS) são maiores para as pessoas de 60 anos ou mais, havendo, entre elas, o maior número de reincidência de internações.¹²

Quanto à escolaridade, neste estudo 34,34% possuem ensino fundamental incompleto, sendo esta a maioria da população, e 8,10% são analfabetos. Quanto ao estado civil 55,63% são casados e a profissão mais prevalente foi “do lar”.

Em um estudo realizado com população cardiopata, a maioria (54,5%) também possui ensino fundamental incompleto e 4,5% são analfabetos. Quanto ao estado civil 63,6% são casados e a profissão mais frequente foi “do lar” com 36,4%.¹³ Todos os dados prevalentes correspondem com o presente estudo, delineando assim o perfil da população cardiopata, que se caracteriza por idosos,

casados, com ensino fundamental incompleto, a maioria aposentada ou realizando atividade doméstica, no caso das mulheres.

Ressaltou-se neste estudo que há mais mulheres solteiras que viúvas, enquanto há mais homens casados e separados ou divorciados. Outros estudos apontam que devido ao fato das mulheres viverem mais que os homens, estas acabam se tornando viúvas ou ficam mais sozinhas.¹⁴

Observou-se também na literatura que as mulheres possuem grau de escolaridade menor, enquanto os homens possuem um grau maior¹⁴, o que também foi demonstrado neste estudo.

Enquanto os homens fumam mais, as mulheres são mais obesas. Em um estudo realizado em Porto Alegre em 1993, também constatou-se que os homens fumam mais, com 52% do total de 437 homens contra 33% do total de 700 mulheres, e que 24% do total de mulheres eram obesas contra 16% do total de homens.¹⁵

Apesar dos diagnósticos médicos não terem tido significância com relação ao sexo, pode-se observar que muitos dos indivíduos, independentemente do sexo, possuem os fatores considerados de risco para Doença Arterial Coronariana e também para Isquemia de Membros, como hipertensão, diabetes, dislipidemia, estresse, sedentarismo e obesidade. Pode-se, assim, verificar que esses fatores de risco espelham-se nos diagnósticos médicos mais frequentes, como a Síndrome Coronariana Aguda, Cateterismo cardíaco e revascularização miocárdica, além das miocardiopatias e insuficiência cardíaca, insuficiência arterial com isquemia crítica e arteriografia de membro. Sabe-se por meio da literatura que todos os fatores de risco citados anteriormente aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.¹⁶

Quanto aos diagnósticos de enfermagem, apenas pelo fato da hospitalização, sabe-se que o paciente apresenta um risco de infecção aumentado, o que explicaria o fato deste DE ter aparecido como o mais prevalente. A hospitalização predispõe a infecções cruzadas e pode expor o paciente a procedimentos invasivos, como venopunções e sondagens, por exemplo, aumentando o risco de adquirir uma infecção.¹⁷

Assim como o DE Risco de infecção, o rompimento no vínculo familiar, também acontece devido à hospitalização, principalmente quando esta hospitalização ocorre no Pronto Socorro ou UTI, onde não é permitida a permanência de acompanhantes.

Moizés AS, Shiotsu CH, Takashi MH.

O DE Risco para privação do sono pode aparecer devido às rotinas hospitalares. A iluminação do ambiente, a preocupação com a saúde, a mudança de ambiente, o hábito de sono e posição estão relacionados com o diagnóstico.¹⁸

O DE Risco para débito cardíaco diminuído evidencia a necessidade de acompanhamento da equipe de enfermagem devido à patologia e os medicamentos utilizados pelo paciente, sendo muitas vezes constituídos de anti-hipertensivos e drogas vasoativas.

Como dito anteriormente, a maioria dos usuários que foram readmitidos constituem de uma população acima de 50 anos, que pode sofrer alterações de pressão arterial e ainda possuir algum problema vascular, justificando os DE Mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado para banho/higiene. Essa incapacidade ou dependência implica diretamente na geração de custos para o sistema de saúde, e ela está mais associada às faixas etárias mais elevadas devido à duração média das internações e à frequência das reinternações.¹⁷

Os pacientes que possuem o DE Mobilidade física prejudicada podem ainda ser acamados, o que justificaria o DE Risco para integridade da pele prejudicada. Em um estudo realizado, 41,7% dos pacientes possuíam esse diagnóstico devido a fatores de mobilidade prejudicada, nutrição, percepção sensorial e umidade.¹⁷

O declínio funcional presente em pacientes idosos decorrente do envelhecimento, correlacionados a fatores ambientais, levam ao DE Risco de queda,¹⁹ o qual aparece também entre os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes.

O fato de o DE Risco para volume de líquidos excessivo ser prevalente no sexo masculino não é explicado pela literatura, porém, ainda que não tenha tido significância a correlação entre diagnóstico médico com o sexo, verifica-se que 63,4% dos pacientes que foram internados com o diagnóstico de tratamento de insuficiência cardíaca eram homens, contra 36,6% das mulheres, o que pode justificar a prevalência significativa desse DE em indivíduos do sexo masculino.

A média de permanência hospitalar nas internações foi de 8,8 dias, com duração mínima de 0 e máxima de 310 dias. Em estudo realizado em Marília, essa média foi de 5,71 dias, com duração mínima de um e máxima de 23 dias.¹¹

CONCLUSÃO

A readmissão hospitalar devido às doenças cardiovasculares é alta, ocasionando custos

Perfil dos pacientes readmitidos em um hospital...

para o hospital e podendo ser reflexo da assistência prestada ao paciente durante a internação, das orientações fornecidas na alta e, do nível de entendimento e seguimento das orientações fornecidas.

O perfil desses pacientes readmitidos gira em torno de indivíduos do sexo masculino, idosos, a maioria casados, com ensino fundamental incompleto, aposentados ou realizando atividade doméstica.

Há diferenças significativas quando se compara homens e mulheres nos quesitos escolaridade, evidenciando que homens possuem mais estudo que as mulheres, no tabagismo, em que homens fumam mais que mulheres, na obesidade, em que as mulheres são mais obesas, e nos Diagnósticos de Enfermagem Risco para volume de líquidos excessivo, mais prevalente em homens, podendo ser correlacionado com a maior taxa de internação por Insuficiência cardíaca ocorrida neste estudo.

Não houve relação entre diagnósticos médicos e de enfermagem com sexo, porém os diagnósticos médicos mais frequentes foram os ligados a doença arterial coronariana, miocardiopatias, doença isquêmica periférica, arritmias cardíacas e malformações congênitas, levando às necessidades dos pacientes expressadas por meio dos diagnósticos de enfermagem relacionados à proteção, mobilidade, integridade tissular, oferta e demanda de oxigênio, alterações no sono e no convívio familiar.

Esses dados são importantes para delineamento do perfil dos pacientes readmitidos em um serviço de cardiologia, auxiliando os profissionais a identificarem possíveis focos de fragilidade e de possíveis melhoras, diminuindo o tempo de internação e evitando readmissões.

REFERÊNCIAS

1. Moura CS, Tavares LS, Acursio FA. Interação medicamentosa associada à reinternação hospitalar: estudo retrospectivo em um hospital geral. Rev Saúde Públ [Internet]. 2012 Mar-June [cited 2014 Mar 02];46(6):1082-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/ao4272.pdf>
2. Pinto BS, Gomes AR, Oliveira A, Ivo C, Costa G, Ramos J, et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. Acta Med Port [Internet]. 2013 Nov-Dec [cited 2014 Mar 02];26(6):711-20. Available from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2178/3813>
3. Borges MF, Turrini RNT. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. Rev Rene [Internet]. 2011 July-Sept [cited 2014 Mar 05];12(3):453-61. Available from:

Moizés AS, Shiotsu CH, Takashi MH.

Perfil dos pacientes readmitidos em um hospital...

http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a02v12n3.pdf

4. Paiva L, Monteiro DAT, Pompeo DA, Ciol MA, Dantas RAS, Rossi LA. Readmissões por acidentes de trânsito em um hospital geral. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 July-Aug [cited 2014 Mar 23];23(4):693-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00693.pdf

5. Borges FK, Soliman F, Pires DO, Seligman R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul [Internet]. 2008 July-Nov [cited 2014 Mar 15];28(3):147-52. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/5120/4599>

6. Purdey S, Huntley A. Predicting and preventing avoidable hospital admissions: a review. J R Coll Physicians Edinb [Internet]. 2013 Sept [cited 2014 Apr 12];43(4):340-4. Available from:

<https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/purdy.pdf>

7. Annema C, Luttik ML, Jaarsma T. Reasons for readmission in heart failure: perspectives of patients, caregivers, cardiologists, and heart failure nurses. Heart Lung [Internet]. 2009 Sept-Oct [cited 2014 Apr 14];38(5):427-34. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/26813039_Reasons_for_readmission_in_heart_failure_Perspectives_of_patients_caregivers_cardiologists_and_heart_failure_nurses

8. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K. Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans. Am J Cardiol [Internet]. 2000 Feb [cited 2014 Apr 18];86(12):1339-42. Available from: [http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(00\)01238-8/fulltext](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(00)01238-8/fulltext)

9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (IMPRESSO).

10. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 June 05];23(3):565-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>

11. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2003 May-June [cited 2014 June 05];11(3):305-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16539.pdf>.

12. Guerra IC, Cerqueira ATAR. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 June 09];23(3):585-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/17.pdf>

13. Spinel LF, Püschel VAA. Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2007 Dec [cited 2014 June 26];28(4):534-41. Available from:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchoEnfermagem/article/view/3132/1722>

14. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Públ [Internet]. 1997 Apr [cited 2014 June 28];31(2):184-200. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>

15. Duncan BB, Schimidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti Ac. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil - Prevalência e simultaneidade. Rev Saúde Públ [Internet]. 1993 Nov [cited 2014 July 04];27(1):143-8. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/23940/25905>

16. Santos Filho RD, Martinez TLR. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2002 June [cited 2014 July 10];46(3):212-4. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n3/10890.pdf>

17. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 Dec [cited 2014 July 14];20(4):495-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/17.pdf>

18. Rocha LA, Maia TF, Silca LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 May/June [cited 2014 July 23];59(3):321-6. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a13v59n3.pdf>

19. Chaves ECL, Cordeiro LAM, Goyatá SLT, Godinho ML-SC, Meirelles VC, Nascimento AM. Identificação do diagnóstico risco de quedas em idosos atendidos pelo programa de atenção ao idoso. J Nurs UFPE online [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Aug 06];5(10):2507-14. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2059/pdf_730

Submissão: 16/10/2015

Aceito: 27/05/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Aline Simões Moizés

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Serviço de Educação Continuada - SEC

Avenida Dr. Dante Pazzanese, 500, 7º andar
Bairro Ibirapuera

CEP 04012-909 – São Paulo (SP), Brasil