



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
CURSO DE MEDICINA

FÁBIO SOARES FONTENELLE FEIJÓ
TSUTOMU KAMADA CHAVES RIBEIRO

**PERFIL CLÍNICO DOS CASOS DE READMISSÃO HOSPITALAR EM UM
HOSPITAL PARTICULAR DE BELÉM – PA, NO ANO 2019**

BELÉM-PA

2021

FÁBIO SOARES FONTENELLE FEIJÓ
TSUTOMU KAMADA CHAVES RIBEIRO

**PERFIL CLÍNICO DOS CASOS DE READMISSÃO HOSPITALAR EM UM
HOSPITAL PARTICULAR DE BELÉM - PA, NO ANO 2019**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário do Estado do Pará como requisito parcial para conclusão da graduação em Medicina.

Orientador: MSc. Nara Alves de Almeida Lins

Co-orientador: Steffany Carmo Royer

FICHA VERSO CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP) **Biblioteca do CESUPA, Belém – PA**

Feijó, Fábio Soares Fontenelle.

Perfil clínico dos casos de readmissão hospitalar em um hospital particular de Belém-PA, no ano 2019 / Fábio Soares Fontenelle Feijó, Tsutomu Kamada Chaves Ribeiro; orientadora Nara Alves de Almeida Lins, coorientadora Steffany Carmo Royer. – 2021.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2021.

1. Pacientes – Assistência hospitalar. 2. Epidemiologia – Belém-PA. 3. Hospitalização. I. Ribeiro, Tsutomu Kamada Chaves Ribeiro. II. Lins, Nara Alves de Almeida, orient. III. Royer, Steffany Carmo. IV. Título

CDD 23º ed. 610

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todos os nossos familiares e amigos que estiveram conosco nesta jornada, nos ajudando, levantando e incentivando a sempre seguir em frente mesmo diante das dificuldades e adversidades, possibilitando-nos enxergar a certeza de um futuro brilhante. Dedicamos também aos mestres e professores que nos ensinaram e nos deram o privilégio de aprender sobre esse mundo tão vasto que é a Medicina. E dedicamos este trabalho especialmente a Deus, que nos trouxe até aqui pelo seu exemplo e infinito amor, nos dando a honra de exercer a Medicina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que guiou meus caminhos e segurou firme em minhas mãos para que eu chegasse até aqui. Em todos os momentos foi meu melhor amigo e esteve ao meu lado cuidando de mim como uma mãe cuida de um recém-nascido, me dando forças para seguir e vencer. Sem Deus, nada seria possível. Não foi um caminho fácil ou sem dificuldades, mas em todas elas eu pude ter a certeza de um Deus tão maravilhoso ao meu lado que com o Seu amor infinito sempre estendeu sua mão e me fez continuar. Minha maior força e minha maior inspiração para cuidar do próximo com todo o amor. Minha maior inspiração para escolher a medicina. Meu melhor amigo. Meu muito obrigado a Jesus, o médico de amor por excelência!

Agradeço também à minha querida e amada mãe, Ana Soares, a pessoa que me ama de forma incondicional e faz tudo por mim. Desde que eu nasci é a pessoa que sempre esteve ao meu lado, me dando um amor puro e genuíno de mãe, sem nunca deixar faltar nada e sempre batalhando para me dar todas as condições do mundo para que eu pudesse vencer na vida. Se hoje eu cheguei até aqui com toda a certeza foi pelo esforço dessa incrível mulher que fez meus sonhos se tornarem realidade. A senhora foi também o motivo de eu escolher medicina. Obrigado por cuidar de mim o tempo inteiro mãe, obrigado por me amar, obrigado por ser minha mãe. Minha maior alegria é poder retribuir tudo o que a senhora fez e faz por mim. Essa vitória é sua! Eu te amo mãe!

Minha gratidão também ao meu querido pai, Francisco Junior, por sempre preocupar-se com meu futuro e estar presente nos momentos que sempre precisei de alguém. O senhor sempre sonhou com um futuro brilhante para o seu filho. Obrigado por sempre estar disposto a querer cuidar de mim e me ajudar com amor e alegria. Obrigado por sempre me amar e dar todo o suporte do mundo para que eu pudesse alcançar meus sonhos. Obrigado por sempre ter acreditado em mim e por ter sido um paizão durante essa caminhada. Sei quanto o senhor já batalhou por mim e quero poder sempre retribuir lhe dando muito orgulho e alcançando um futuro brilhante, o seu maior sonho. O senhor é também minha grande inspiração para cursar medicina e seguir conquistando meus sonhos e projetos. Eu te amo pai!

Agradeço ao meu querido pai, Carlos D'ippolito. Um pai que não me deu seus genes ou seu sangue, mas um pai que doou seu coração para mim e que hoje descansa nos braços de Jesus. Obrigado "tio", obrigado por ter cuidado de mim, por

ter pensado no meu futuro, por ter sido meu grande amigo. Ele foi minha inspiração para fazer medicina. Ele foi minha inspiração para que dia após dia eu achasse forças para estudar e dar meu melhor pelo meu próximo. Jamais esquecerei o dia em que o senhor e a minha mãe presenciaram o seu filho na cerimônia do jaleco. Foi um dia muito especial que guardo sempre na memória. O senhor foi meu grande exemplo de força e superação e pelo senhor quero poder cuidar de cada um dos meus pacientes da melhor forma possível, como se estivesse cuidando do senhor. Essa vitória é sua também! Obrigado por tudo, eu te amo tio Carlos!

Agradeço minha querida irmã Ivana que sempre se preocupou comigo e foi um ombro amigo nos momentos que precisava. Obrigado por cuidar de mim e por demonstrar um amor de irmã, sempre se alegrando com minhas vitórias. Te amo irmãzinha! Também ao querido Matheus Gomes meus agradecimentos por me incentivar e me ajudar a cada vez mais andar pelo mundo da medicina.

Aos meus queridos nenéns, Thor, Dólar, Jonas, Kevin, Marie, Fuinha, Baby Yoda e Lola por sempre transbordarem seu amor ao meu coração!

À minha dupla, Tsutomu Kamada, que junto comigo enfrentou desafios para chegar até aqui, sempre solícito a dar seu melhor para a conclusão desse trabalho e sendo um grande amigo.

À Dra. Nara Lins, por ter aceitado orientar este trabalho e por demonstrar competência e paciência em todas as etapas. A senhora nos ajudou imensamente com suas orientações e direcionamentos, nos dando a luz necessária para completar mais essa etapa.

Aos meus queridos amigos, que tornaram essa jornada mais feliz e alegre, sendo uma luz diária e proporcionando momentos de pura alegria e amor. Obrigado por cada momento que passamos juntos. Vocês estarão sempre no meu coração. Eu amo cada um de vocês!

À banca por ter aceitado avaliar esse trabalho, pelas correções feitas e pelo tempo disposto para nos auxiliar.

Ao Cesupa, por ter me dado a oportunidade de cursar Medicina e viver tantas experiências incríveis.

Ao Hospital Adventista de Belém, por ter proporcionado todo o necessário para o desenvolvimento deste trabalho, além de ser um Hospital diferenciado e totalmente voltado para o amor ao próximo.

Fábio Soares Fontenelle Feijó

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que me proporcionou perseverança e saúde para realizar este trabalho. Aos meus pais, Gildásio Chaves Ribeiro e Adriana Luriko Ribeiro, que me deram forças e sempre me incentivaram a dar o melhor de mim nos meus estudos. Aos meus irmãos e amigos pelo apoio nas minhas decisões e pelos momentos de descontração durante esses quase 6 anos de curso. Agradeço também o meu colega de trabalho e amigo Fábio Feijó, pela sua disposição e assiduidade para realizar esse trabalho juntamente comigo. A nossa orientadora Nara Lins, pela paciência e pelo tempo dedicado a nos auxiliar durante todas as etapas do estudo. A todos os professores da instituição Cesupa e do Hospital Adventista de Belém.

Tsutomu Kamada Chaves Ribeiro

RESUMO

Introdução: A readmissão hospitalar é um importante indicador da qualidade assistencial dos serviços de saúde e por meio de sua análise é possível identificar falhas no atendimento ao paciente, que podem gerar um ônus econômico e social para os hospitais e para o sistema de saúde e seus usuários. **Objetivo:** Relacionar a readmissão hospitalar, em 30 dias, aos fatores mais prevalentes identificados em indivíduos hospitalizados no setor de clínica médica em um hospital particular na cidade de Belém no ano de 2019,. **Metodologia:** Estudo do tipo observacional, descritivo e de caráter transversal, baseado em informações coletadas e analisadas de 139 prontuários eletrônicos dos pacientes clínicos reinternados em até 30 dias no Hospital Adventista de Belém no período de janeiro a dezembro de 2019. Os dados coletados foram obtidos por meio de um programa da instituição (HealthQuality Web) e armazenados em um banco de dados utilizando planilhas do programa Microsoft Excel 2016. A análise dos dados foi feita com o auxílio do programa Bioestat 4.0. **Resultados:** No estudo, 47% dos pacientes eram do sexo feminino e 53 % do sexo masculino. Dos 139 pacientes readmitidos, 80% receberam alta e 20% evoluíram a óbito. Não se pode observar a influência do ECOG no intervalo de tempo entre as internações e nem no tempo de permanência das internações. Os diagnósticos mais frequentes encontrados foram as infecções do trato urinário (ITU) e as infecções respiratórias. **Conclusão:** Apesar da caracterização do perfil dos pacientes readmitidos, não foi possível desenvolver uma ferramenta preditora de reinternação, pois nenhuma das variáveis estudadas se mostrou significativa para prever a probabilidade de reinternação precoce, porém reconhecer o perfil dos pacientes readmitidos, possibilita o melhor entendimento do processo cura doença. Este estudo pode servir como base para futuras pesquisas com o intuito de promover melhorias no atendimento ao paciente.

Palavras-chave: Readmissão hospitalar, Hospitalização, Assistência à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Hospital readmission is an important indicator of the quality of care of health services and through its analysis it is possible to detect failures in patient care, which can generate an economic and social burden for hospitals and for the health system and its users. **Objective:** To relate hospital readmission, within 30 days, to the most prevalent factors identified in hospitalized patients in the internal medicine sector in a private hospital in the city of Belém in 2019. **Methodology:** This is an observational, descriptive and cross-sectional study, based on information collected and analyzed from 139 electronic medical records of clinical patients readmitted within 30 days at the Belém Adventist Hospital from January to December 2019. The collected data were collected through a program of the institution and stored in a database using spreadsheets from the Microsoft Excel 2016 program. Data analysis was performed with the aid of the Bioestat 4.0 program. **Results:** In the study, 47% of patients were female and 53% male. Of the 139 readmitted patients, 80% were discharged and 20% died. It is not possible to observe the influence of the ECOG on the time interval between hospitalizations or on the length of stay of hospitalizations. The most common diagnoses found were urinary tract infections (UTI) and respiratory infections. **Conclusion:** Despite the characterization of the readmitted patients' profile, it was not possible to develop a readmission predictor tool, as none of the variables studied was created to predict a probability of early readmission, but recognizing the profile of readmitted patients allows for a better understanding of the disease cure process. This study can serve as a basis for future research with the aim of promoting improvements in patient care.

Key words: Hospital Readmission, Hospitalization, Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	– Pacientes reinternados distribuídos segundo idade e sexo, Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.....	21
Tabela 02	– Desfecho dos pacientes reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.....	21
Tabela 03	– Relação da classificação ECOG com a idade dos pacientes, intervalos entre as internações, tempo de internação e desfecho das internações dos pacientes que foram reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.....	22
Tabela 04	– Distribuição dos pacientes acordo com faixa etária e ECOG que foram reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019	22
Tabela 05	– Distribuição dos óbitos de acordo com faixa etária e ECOG dos pacientes que foram reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.....	23
Tabela 06	– Relação entre tempo médio das internações e tempo médio entre cada internação de acordo com sexo dos pacientes reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período entre 01/01/2019 e 31/12/2019.....	23
Tabela 07	– Distribuição dos pacientes de acordo com o intervalo de tempo da alta e a reinternação com tempo médio da 1º internação, tempo médio da 2º internação, idade, motivos iguais, motivos diferentes e número de óbitos no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.....	24
Tabela 08	– Intervalo médio de dias entre internações dos pacientes reinternados segundo faixa etária e ECOG no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.....	25
Tabela 09	– Principais causas de internação e reinternação dos pacientes admitidos no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019	25
Tabela 10	– Distribuição dos pacientes reinternados no Hospital Adventista de Belém, de acordo com os sistemas acometidos, idade, intervalo entre internações, tempo de internação e reinternação, percentual de internação e reinternação causadas pela mesma doença e quantidade de óbitos, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.....	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos	18
3	METODOLOGIA	19
3.1	Aspectos Éticos da Pesquisa	19
3.2	Tipo de Estudo	19
3.3	Local e Período	19
3.4	População Alvo/Critérios de Inclusão	19
3.5	Critérios de Exclusão	19
3.6	Amostra	20
3.7	Procedimento	20
3.8	Apresentação e Análise de Dados	20
4	RESULTADOS	22
5	DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

A readmissão hospitalar pode ser definida de acordo com o Ministério da Saúde como o retorno do paciente à internação hospitalar após a sua alta do mesmo hospital¹. Pode ser de caráter planejado, na qual após a alta se faz a continuidade da avaliação terapêutica e/ou uma investigação diagnóstica complementar, ou a readmissão pode ser de caráter eventual, que também é dividida em readmissão potencialmente evitável e readmissão não evitável. É assim classificada devido o gerenciamento clínico dado ao paciente durante sua internação hospitalar e relaciona-se com os cuidados ofertados pela equipe de saúde, orientações a respeito do seguimento clínico da doença, estabelecimento de uma terapêutica adequada e eficaz entre outros fatores².

Em relação ao tempo, as readmissões hospitalares precoces podem ser definidas como as reinternações que ocorrem dentro de até 30 dias a partir da alta anterior, porém não há consenso na literatura a respeito desse conceito. Alguns autores consideram a readmissão hospitalar precoce como a readmissão que acontece em até 7 dias da alta hospitalar e a tardia aquela que ocorre do 8º ao 30º dia da alta³⁻⁶.

Segundo a literatura, as readmissões hospitalares precoces (de 0 a 7 dias após a alta) estão mais associadas à gravidade de doenças agudas, bem como a fatores do processo de cuidados pela equipe de saúde e marcadores de instabilidade clínica. A readmissão tardia (do 8º ao 30º dia da alta) está mais associada com fatores socioeconômicos e com gravidade de doenças crônico-degenerativas^{2,3,7}. Este é um importante dado pois identifica as patologias que possuem maior prevalência em cada intervalo de tempo em que os pacientes são readmitidos, trazendo a possibilidade de um maior entendimento sobre o processo das readmissões.

A readmissão hospitalar é frequentemente utilizada para se fazer análise do comportamento e funcionalidade de organizações de saúde e instituições hospitalares, podendo evidenciar a eficácia ou não no atendimento ao paciente em determinado hospital, identificar falhas e fraquezas no sistema de promoção de saúde, e como um indicador da qualidade de saúde da população⁴.

Também é possível estabelecer melhorias nos serviços de saúde a partir dos dados obtidos, traçando estratégias e cuidados que assegurem maior eficácia no controle/cura da doença^{4,6,9}.

Por se apresentar associada com o diagnóstico, a reinternação hospitalar evidencia particularidades relevantes, como o perfil sociodemográfico, a compreensão do paciente quanto à sua doença, comorbidades e a adesão ao tratamento ambulatorial. Também é um parâmetro importante de avaliação da qualidade, variedade e especialidade oferecida pelo serviço de saúde. Faz-se um indicador muito útil da eficiência da equipe multiprofissional em oferecer cuidados de saúde ao paciente^{6,9}.

Foi realizado na cidade de São Paulo um estudo no serviço de emergência de um hospital de ensino, e constatou-se que cerca de um quarto dos pacientes foi readmitido em até uma semana da alta hospitalar, o que pode sugerir falhas no sistema de atendimento e diagnóstico destes pacientes, além de ter evidenciado que a análise das reinternações pode sugerir medidas de correção no serviço prestado ao paciente⁹.

Os dados sobre internações hospitalares das redes de serviço privadas de atenção à saúde foram implantados pelo Ministério da Saúde por meio da Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) em 1999, como uma forma de integração dos dados da iniciativa privada à base nacional de dados da saúde brasileira, em que até então tinha um perfil pouco conhecido pelos gestores de saúde¹⁰.

Foi por meio da portaria n 221/GM de 24 de março de 1999 que a CIH foi então constituída. A portaria regulamentou que todas as unidades situadas no território nacional, públicas ou privadas, integrantes ou não do SUS, passem a informar ao Ministério da Saúde, por intermédio de um gestor local do SUS, a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados¹⁰.

A CIH consta da identificação do paciente e da unidade hospitalar, de procedimentos médico-cirúrgicos realizados, data da internação e da alta, tipo de alta e a fonte de remuneração/financiamento do atendimento. As informações coletadas são então enviadas para um gestor do SUS, que consolida os arquivos e então os envia ao Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)¹⁰.

Estes dados dão aos serviços de saúde e aos órgãos públicos informações comparativas variadas a respeito das regiões do território brasileiro, com a possibilidade de se conseguir fazer políticas públicas voltadas para um problema específico em cada região, baseado no que é mais prevalente em relação a

internações e readmissões de pacientes. Também é possível por meio desses dados coletados fazer estudos comparativos sobre as regiões brasileiras¹⁰.

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, as transformações na organização da assistência e a contínua incorporação e demanda por novas tecnologias implicam na necessidade de estudos cada vez mais detalhados da assistência hospitalar no país com o objetivo de apoiar tanto a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) como o Sistema de Assistência Suplementar¹¹.

As alterações demográficas, melhoria na qualidade de vida e expectativa de vida da população em geral, e consequente ampliação de condições de risco ligadas ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas levam a um expressivo número de pacientes que procuram os serviços de saúde com descompensações agudas de seu quadro clínico¹², ou seja, a maioria das readmissões decorrem por conta de complicações de doenças crônico-degenerativas, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para obter-se a estabilidade do quadro, e/ou devido procedimentos cirúrgicos. Dessa forma, quanto maior o intervalo de tempo entre a admissão e readmissão do paciente, maior a probabilidade de a mesma ter sido potencialmente evitável².

Intervenções efetivas para a redução das reinternações hospitalares são por vezes custosas aos serviços de saúde, fato esse que colabora para a criação de ferramentas preditoras de reinternação hospitalar que talvez possibilitem uma melhor seleção de pacientes que se beneficiariam dessa ferramenta^{8,14}.

Visando identificar pacientes que possuem alto risco de readmissão hospitalar, foram validados instrumentos de avaliação como o escore HOSPITAL e o índice Length of stay, Acuity of admission, Comorbidities and Emergency visits within the last 6 months (LACE). A partir dessas avaliações podem ser efetuados intervenções específicas no acompanhamento clínico com o intuito de reduzir a taxa de readmissão hospitalar e melhorar o serviço de atendimento ao paciente¹³.

O escore HOSPITAL foi usado em um estudo realizado na cidade de Boston, localizada no estado de Massachusetts (EUA) e a conclusão dos autores foi que o escore se provou como uma ferramenta eficaz de identificação dos pacientes com maior risco de reinternação e daqueles que necessitam de cuidados de transição mais intensivos para prevenir readmissões hospitalares^{8,14}.

Esse escore foi desenhado com o objetivo de chamar a atenção para as readmissões classificadas como potencialmente evitáveis e leva em consideração 7

fatores: níveis de hemoglobina no momento da alta, alta de um serviço de oncologia, nível de sódio na alta, procedimentos realizados durante a internação índice, tipo de admissão índice, número de internações nos últimos 12 meses e o tempo de duração da internação^{8,14}.

O escore HOSPITAL classifica os pacientes de acordo com o resultado obtido (risco de uma admissão ser seguida de uma readmissão potencialmente evitável) após a sua aplicação, em 3 grupos que variam de 0 a 13 pontos: baixo risco (0 a 4 pontos), risco intermediário (5 a 6 pontos) e risco alto (maior que 6 pontos). Respectivamente correspondem a 5%, 10% e 20 % de risco de uma readmissão potencialmente evitável^{8,14}.

Além disso, o escore HOSPITAL pode ser calculado antes da alta hospitalar, permitindo que intervenções possam ser iniciadas ainda dentro do serviço de saúde. Foi o primeiro modelo preditor de reinternação a ser validado em um estudo de coorte internacional e um dos poucos que seguem recomendações metodológicas⁸.

A conclusão que os autores obtiveram por meio do estudo realizado na cidade de Boston foi de que o escore conseguiu identificar antes da alta o risco de readmissões potencialmente evitáveis em 30 dias, além de ter potencial para identificar pacientes que talvez necessitem de intervenções quando está se fazendo a transição da alta hospitalar com cuidados clínicos de forma mais intensiva⁸.

Esta conclusão foi semelhante a obtida por outro estudo realizado em 4 diferentes países, que observou que o escore HOSPITAL teve uma capacidade boa/excelente para identificar pacientes com alto risco de readmissão potencialmente evitável em 30 dias, e que o escore tem o potencial de identificar os pacientes que necessitarão de maior atenção e cuidados após a alta hospitalar¹⁴.

Da mesma forma, o tempo de permanência hospitalar também é um importante dado a ser levado em conta, haja vista que vários fatores podem ser determinantes para aumentar esse tempo, como as características do próprio paciente até as características da assistência que é realizada pelo hospital que presta o atendimento¹⁵.

Estudos relacionaram também alguns fatores de risco como os mais prevalentes relacionados a internações e readmissões hospitalares, tais como: idade, raça, comorbidades, tempo de internação hospitalar, alta precoce, número de medicações e falta de informações ao paciente sobre o cuidado continuado em serviço ambulatorial^{12,13}.

Assim, existem alguns fatores que podem estar relacionados ao tempo de internação, os quais seriam principalmente: a sobrecarga de trabalho da equipe multiprofissional, o perfil de gravidade dos pacientes internados e suas possíveis complicações, e a má administração dos recursos hospitalares¹⁵.

Segundo um estudo realizado em 2017, com dados do Departamento de informática do SUS (DATASUS), foi observado que as doenças do aparelho respiratório e cardiovascular são, respectivamente, a segunda e a terceira causas mais prevalentes de internações hospitalares, respectivamente, ficando atrás apenas das causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Esses dados são concordantes com as principais causas de mortalidade durante as internações, as quais seriam em primeiro lugar as causas de origem respiratória e em segundo as de origem cardiovascular¹⁶.

As principais patologias que podem explicar tais dados seriam o Tromboembolismo Pulmonar (TEP), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Asma, relacionadas ao sistema respiratório. Também estão relacionadas às reinternações a síndrome metabólica, obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, relacionadas ao sistema cardiovascular¹⁷. Tais adoecimentos tem forte relação com hábitos de vida deletérios à saúde, dentre eles, o tabagismo, sedentarismo, uso abusivo de bebidas alcoólicas e dieta alimentar prejudicial¹⁸.

Outro fator que torna de grande importância a análise e o surgimento de medidas preventivas voltadas para a diminuição do número de reinternações é o grande valor de recursos destinados para custear essas despesas¹⁸. Em 2004, nos Estados Unidos da América (EUA), 20% dos pacientes do Seguro Federal de Saúde dos EUA (Medicare) foram readmitidos em até 30 dias, o que custou aproximadamente 17,4 bilhões de dólares¹⁷.

Os autores consideraram que grande parte das readmissões poderiam ter sido evitadas, o que torna necessário a adoção de medidas de prevenção e a realização do correto planejamento de alta dos pacientes internados para que assim os números de readmissões diminuam¹⁸.

Além disso, outros aspectos que podem estar relacionados ao número de reinternações são o nível de capacidade funcional e qualidade de vida dos pacientes submetidos a internação hospitalar. Dentre os diversos instrumentos utilizados para

mensurar tais parâmetros, um dos mais usados é a escala de desempenho desenvolvida pelo Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG), que é validada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁹.

O ECOG possui um escore que varia de zero a cinco pontos, sendo o índice 0: totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição; 1: restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária; 2: completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo; 3: capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília; 4: completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado, restrito ao leito ou à cadeira; e 5: morto. O escore permite classificar o paciente de acordo com suas limitações e dependência^{19,20}.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a previsão do governo americano é que um em cada 5 beneficiários do Medicare que receberam alta hospitalar sejam readmitidos em 30 dias, o que traz um custo de 17.6 bilhões de dólares anualmente ao sistema de saúde americano. Por este fato, as taxas de readmissão hospitalar se tornaram uma métrica de qualidade que pode ser destinada a avaliar a qualidade dos cuidados de internamento e a utilização desnecessária de cuidados despendidos à saúde, com a publicação de relatórios formais que começaram a ser feitos em 2009³.

Assim, a readmissão hospitalar representa um importante ônus tanto econômico quanto social para a gestão de saúde, especialmente em um momento de ampla e severa escassez de recursos econômicos como se dá o atual momento da saúde pública brasileira^{3,7}.

Por isso, a avaliação dos cuidados em saúde é uma atividade que vem ganhando grande importância no cenário atual por meio do desenvolvimento da assistência à saúde e da melhoria ao acesso a tecnologias que contém informações disponíveis. Além disso, a avaliação de qualidade na saúde vem sendo estudada ultimamente por vários órgãos nacionais e internacionais, bem como se mostra motivo de estudo e grande discussão no meio científico, promovendo assim a adoção de indicadores de qualidade para monitoramento dos serviços de saúde^{4,21}.

Deste modo, percebe-se que a readmissão hospitalar é um excelente indicador da qualidade do serviço de saúde prestado pelo hospital ao paciente. Por isso, o melhor entendimento sobre os possíveis fatores que levam a readmissão hospitalar possibilita traçar planos/estratégias para um atendimento mais efetivo na

internação e assim, proceder com o cuidado integral e continuado, visando o bem-estar e a saúde do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Relacionar a readmissão hospitalar em 30 dias aos principais fatores identificados em indivíduos hospitalizados no setor de clínica médica em um hospital particular na cidade de Belém no ano de 2019.

2.2 Específicos

Identificar os principais diagnósticos dos pacientes na internação prévia e na readmissão.

Determinar o principal intervalo de tempo entre a alta e a reinternação.

Identificar o ECOG dos pacientes.

Correlacionar o intervalo entre alta e reinternação hospitalar com o ECOG e o diagnóstico do paciente.

Descrever o perfil demográfico dos pacientes readmitidos: sexo e faixa etária.

Propor uma ferramenta preditora de reinternação hospitalar.

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos Éticos da Pesquisa

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa seguiu rigorosamente os princípios éticos preconizados pela resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) sob parecer de número 3906399 em 09 de março de 2020 (ANEXO A).

3.2 Tipo de Estudo

Estudo do tipo observacional, descritivo e de caráter transversal, usando como base de dados o prontuário eletrônico dos pacientes internados disponíveis na plataforma HealthQuality Web. O método predominante do estudo para a análise de dados será indutivo.

3.3 Local e Período

O estudo foi desenvolvido no setor de clínica médica do Hospital Adventista de Belém no período de janeiro a dezembro de 2021.

3.4 População Alvo/Critérios de Inclusão

Pacientes com idade maior ou igual a 13 anos internados em leitos da clínica médica na primeira internação, que tiveram reinternação precoce, definida como a que ocorre em até 30 dias após a data da alta hospitalar, a partir de primeiro de janeiro de 2019 até 31 de dezembro de 2019, em leito clínico ou no CTI. Essa seleção foi feita a partir da Plataforma HealthQuality Web, que é integrada ao sistema de prontuários eletrônicos e extrai automaticamente os principais indicadores de assistência hospitalar. O presente estudo considerou como a definição a ser usada de reinternação precoce aquela que ocorre dentro de 30 dias após a alta devido ser o padrão utilizado para pesquisas científicas e para hospitais devido seu uso em programas de readmissão^{7,8}.

3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos todos os pacientes cujos prontuários tinham informações clínicas insuficientes (ausência de pelo menos uma das variáveis do estudo).

3.6 Amostra

Foi utilizado o método de amostragem não probabilístico, com escolha criteriosa dos participantes. Dos 316 prontuários disponíveis no período selecionado para o estudo relacionados às reinternações clínicas em menos de 30 dias, apenas 139 se adequaram aos critérios propostos.

3.7 Procedimento e variáveis de estudo

Os dados foram coletados a partir dos prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém com o auxílio do programa de dados da instituição (HealthQuality Web) que identifica as reinternações precoces no hospital. Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão. A partir desses dados iniciais foi feita a checagem dos prontuários eletrônicos e confirmadas as informações geradas pela plataforma. Foram inseridas outras informações como o valor do ECOG de cada paciente, diagnósticos e desfecho clínico. Os dados foram alocados na planilha de pesquisa desenvolvida para o projeto, na qual constavam os dados de identificação criptografada do paciente e as variáveis do estudo: idade, sexo, escala de desempenho (ECOG), diagnósticos da internação/reinternação, tempo de internação, tempo de reinternação, tempo entre a primeira internação e a reinternação e desfecho clínico.

3.8 Apresentação e Análise de Dados

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel 2016.

A análise foi efetuada com o auxílio do programa Bioestat 5.0 onde se usou o teste ANOVA 1 critério para analisar a relação entre 2 variáveis.

Para a tomada de decisão, foi adotado o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes.

Na aplicação da estatística descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição média aritmética e desvio padrão.

Para a obtenção do valor do ECOG dos pacientes foi aplicada uma escala baseada nos critérios da escala de desempenho ECOG pelos médicos do hospital e

então foi coletado por meio do prontuário o valor referente a cada um dos pacientes (ANEXO B).

4 RESULTADOS

A amostra foi composta de 139 pacientes, sendo 66 (47%) do sexo feminino, com idade média de 81 anos, com idade mínima de 38 anos e máxima de 99. Os outros 73 (53%) restantes, eram do sexo masculino, com idade média de 72 anos, idade variando entre 22 e 99 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Pacientes reinternados distribuídos segundo idade e sexo, Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

		SEXO		TOTAL
		M	H	
Idade	Média	81.1	72.7	76.7
	(Mín-Máx)	(38-99)	(22-99)	(22-99)
TOTAL	N	66 (47%)	73 (53%)	139 (100%)

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém.

Em relação ao desfecho dos pacientes da amostra avaliada, 111 (80%) receberam alta e 28 (20%) evoluíram a óbito, sendo que 24% das mulheres que foram reinternadas foram a óbito e apenas 16% por cento dos homens tiveram esse desfecho (Tabela 2).

Tabela 2 - Desfecho dos pacientes reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

		SEXO		TOTAL
		M	H	
Desfecho	ÓBITOS	16 (24%)	12 (16%)	28 (20%)
	ALTAS	50 (76%)	61 (84%)	111 (80%)
TOTAL	N (%)	66 (100%)	73 (100%)	139 (100%)

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém.

Pelo teste ANOVA 1 critério, o ECOG não influencia no intervalo entre as internações, nem no tempo de internação do paciente. Contudo, a idade mais elevada mostrou ter relação com o ECOG, com $p < 0,01$ (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação da classificação ECOG com a média de idade dos pacientes, intervalos entre as internações, tempo de internação e desfecho das internações dos pacientes que foram reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

ECOG	N	Sexo		Média de idade	Intervalo entre internações (dias)	Tempo da 1ª (dias)	Tempo da 2ª (dias)	Desfecho	
		F	M					Alta	Óbito
0	11 (8%)	4 (36%)	7 (64%)	62.36	11.45	6.27	9.36	11 (100%)	0 (0%)
1	17 (12%)	7 (41%)	10 (59%)	60.12	14.35	8.06	11.00	15 (88%)	2 (12%)
2	26 (19%)	16 (62%)	10 (38%)	75.54*	18.73	11.38	10.92	24 (92%)	2 (8%)
3	28 (20%)	13 (46%)	15 (54%)	80.89*	16.89	21.93	26.39	22 (79%)	6 (21%)
4	57 (41%)	26 (45%)	31 (55%)	82.77*	14.93	23.88	33.44	39 (69%)	18 (31%)

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém (* ANOVA 1 critério, $p < 0,01$).

A faixa etária que mais reinternou foi a de 80-89 anos, com 48 pacientes, essa também foi a que teve maior quantidade de óbitos por números absolutos, com um total de 13, contudo o maior percentual de óbitos ocorreu na faixa etária > 90 anos, que apresentou - se com 40%. Quanto ao ECOG, os pacientes que mais reinternaram foram aqueles classificados como ECOG 4, e também os que mais evoluíram a óbito (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes que foram reinternados no Hospital Adventista de Belém no período de 01/01/2019 a 31/12/2019 de acordo com faixa etária e ECOG.

ECOG	Faixa etária (anos)						Total
	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	>90	
0	3	1	2	2	2	1	11
1	3	4	1	5	4	-	17
2	-	4	6	4	6	6	26
3	-	-	3	11	9	5	28

4	-	-	3	17	27	10	57
Total	6	9	15	39	48	22	139

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém.

A maior frequência de óbitos foi observada em pacientes que apresentaram ECOG 4, bem como nos pacientes da faixa etária de 80-89 anos (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos óbitos de acordo com a faixa etária e ECOG dos pacientes que foram reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

ECOG	Óbitos por Faixa etária						Total
	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	>90	
0	-	-	-	-	-	-	0
1	-	-	-	1 (20%)	-	-	1 (6%)
2	-	-	1 (17%)	-	-	1 (17%)	2 (8%)
3	-	-	1 (33%)	2 (18%)	3 (33%)	2 (40%)	8 (28%)
4	-	-	-	2 (12%)	10 (37%)	6 (60%)	18 (31%)
Total	0	0	2 (13%)	5 (13%)	13 (27%)	9 (40%)	29 (100%)

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém.

O tempo médio da 1ª internação foi de 17,8 dias, variando entre 0 a 266, já o tempo da 2ª internação, foi de 23,2, variando entre 0 a 655. O tempo médio entre as duas internações foi de 15,7 dias (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição entre tempo médio das internações e tempo médio entre cada internação de acordo com sexo dos pacientes reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período entre 01/12/2018 e 31/12/2019.

		SEXO				TOTAL
		F		M		
Tempo médio da 1ª internação	Média (Mín-Máx)	18.2	(1-238)	17.5	(0-266)	17.8 (0-266)
	DP	30.2		35.2		32.8
Tempo médio da 2ª internação	Média (Mín-Máx)	21.7	(1-172)	24.5	(0-655)	23.2 (0-655)
	DP	28.2		77.9		59.5
Tempo médio entre as internações	Média (Mín-Máx)	14.6	(2-30)	16.7	(1-30)	15.7 (1-30)
	DP	9.2		8.2		8.7

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém (DP: Desvio Padrão).

Das reinternações em até 10 dias, 11 aconteceram nos primeiros 3 dias após a alta hospitalar (22%). Dessas 11, 7 eram pelo mesmo motivo da internação anterior, sendo 5 delas por infecção do trato urinário e 4 por patologias do trato respiratório (Tabela 7). O ECOG predominante foi 3 para os intervalos de tempo entre alta e reinternação.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes de acordo com o intervalo de tempo da alta e a reinternação com tempo médio da 1ª internação, tempo médio da 2ª internação, idade, motivos iguais, motivos diferentes e número de óbitos no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

Tempo entre alta e reinternação	Até 10 dias	11-20 dias	21-30 dias	Total
N	49 (35%)	41(30%)	49 (35%)	
Média	5.88	15.8	25.41	
Tempo médio da 1ª internação	26.69	13.46	13.10	
Tempo média da 2ª internação	35.5	16.41	16.35	
Média da idade (em anos)	78.21	76.93	74.92	
Mesmo motivos	30 (61%)	19 (39%)	31 (63%)	80 (57%)
Motivos diferentes	19 (39%)	22 (54%)	18 (37%)	59 (42,4%)
Óbitos	13 (27%)	4 (10%)	11 (23%)	28

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém.

A faixa etária que apresentou menor intervalo médio de dias entre internações (5,0) dos pacientes reinternados foi a faixa acima de 90 anos (Tabela 8).

Tabela 8 - Intervalo médio de dias entre internações segundo faixa etária e ECOG dos pacientes reinternados no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

ECOG	Faixa etária (anos)					
	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	>90
0	13,0	11,0	7,0	9,5	19,0	5,0
1	19,3	21,0	19,0	10,8	7,3	-
2	-	20,3	16,2	18,3	24,2	15,2
3	-	-	14,3	19,2	19,9	8,0
4	-	-	13,0	12,4	16,7	15,0

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém.

Dentre as principais patologias que causaram a primeira internação estão infecção do trato urinário (ITU) com 29%, infecção do sistema respiratório com 22%, afecções do sistema digestivo com 12%, distúrbio hidroeletrólítico com 10% e afecções do sistema neurológico com 7% (Tabela 9).

Tabela 9 – Principais causas de internação e reinternação dos pacientes admitidos no Hospital Adventista de Belém, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

Patologias por sistema	Causa da 1ª internação		Causa da 2ª internação	
	N	%	N	%
Infecção do Trato Urinário (ITU)	41	29	44	32
Infecção do Trato Respiratório	30	22	31	22
Afecções do Aparelho digestivo	16	12	21	15
Distúrbio Hidro-Eletrólítico (DHE)	14	10	12	9
Afecções do Sistema Neurológico	10	7	3	2
Infecção de partes moles	6	4	8	6
Infecção de outros focos	5	4	4	3
Causas Oncológicas	5	4	5	4
Causas Reumatológicas	5	4	2	1
Afecções do Sistema Hematológico	3	2	2	1
Afecções CardioVasculares	2	1	3	2
Outras causas*	2	1	4	3
TOTAL	139	100	139	100

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém. *Vertigem posicional paroxística benigna, delirium, tentativa de suicídio, recusa alimentar.

Foi visto que os agravos que mais levaram os pacientes a óbito foram respectivamente do sistema respiratório e do sistema urinário, com 7 e 5 óbitos, respectivamente. Além disso, foram os que mais foram os mais incidentes nas 2 reinternações (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes reinternados no Hospital Adventista de Belém, de acordo com os sistemas acometidos, idade, intervalo entre internações, tempo de internação e reinternação, percentual de internação e reinternação causadas pela mesma doença e quantidade de óbitos, Belém-Pará, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

Patologias por sistema	Idade (em anos)	Intervalo entre internações	Tempo médio da 1ª internação	Tempo médio da 2ª internação	Causador das 2 internações	Óbitos
Urinário	78.8	16.4	16.3	21.8	11 (27%)	5 (11,3%)
Respiratório	78.0	17.1	15.1	12.3	12.0 (40%)	7 (22,5%)
Digestivo	77.9	16.4	8.3	47.4	7 (44%)	0 (0%)
DHE	80.9	13.0	6.9	32.2	8 (57%)	6 (50%)
Neurológico	85.8	13.4	63.7	22.6	2 (20%)	2 (66,6%)
Oncológico	70	9,2	20,4	13,6	5 (100%)	4 (80%)

Fonte: Programa de dados (HealthQuality Web) e prontuários eletrônicos do Hospital Adventista de Belém.

5 DISCUSSÃO

As readmissões hospitalares são dados que podem ser utilizados pelos serviços de saúde como indicadores da qualidade da assistência à saúde prestada por meio de sua análise^{4,22-24}. Isso mostra a sua importância para a gestão hospitalar em identificar possíveis falhas em seu serviço e instituir medidas que possam contribuir de forma que se melhore a qualidade do cuidado ofertado ao paciente.

Como as readmissões hospitalares podem ser usadas como uma forma de mensurar a qualidade do cuidado ofertado, para que a reinternação hospitalar possa ser consolidada de fato como um indicador de qualidade assistencial, é necessário supor que as readmissões em uma proporção significativa possam ser evitadas caso haja a implementação de cuidados melhores durante a internação ou mesmo que haja a continuidade do acompanhamento do paciente após a alta hospitalar^{25,26}.

Além disso, a reinternação hospitalar é um dado que pode sofrer grande influência de vários fatores, como as condições socioeconômicas do paciente, da disponibilidade de acesso a medicamentos, adesão de orientações médicas e da estrutura familiar. Tais fatores podem contribuir de forma significativa para internação de pacientes mesmo que de forma precoce²⁵.

Estudos sugerem que por meio da avaliação da reinternação precoce, em até 7 dias, poderia obter-se um indicador fidedigno de qualidade da assistência prestada durante a internação índice, e dessa forma identificar fatores evitáveis tanto de alta quanto de readmissão precoces^{25,27}.

Essa é uma hipótese sustentada por Clarke²⁷, ao comparar taxas de reinternação entre 1 e 6 dias e entre 21 a 27 dias. Os resultados evidenciados foram de que 31,5% das readmissões clínicas e geriátricas enquadradas como precoces seriam evitáveis, comparando com apenas 6,3% das reinternações tardias^{25,27}.

Em 2003 foi feito um estudo retrospectivo com registros de bases hospitalares no Brasil, no qual identificou-se que, do total de admissões analisadas, 714 (12,6%) eram readmissões. Ocorreram readmissões em todas as faixas etárias, aumentando a partir da quarta década de vida, mas principalmente após os 80 anos².

De todas as readmissões, em 57% delas os pacientes tinham o mesmo diagnóstico da primeira admissão, e que a maioria delas (21,6%) tinha como diagnóstico alguma doença do sistema circulatório, principalmente a hipertensão

arterial sistêmica e a insuficiência cardíaca. Outras demais condições como neoplasias, doenças endócrinas e patologias associadas às anemias foram as outras causas de reinternação hospitalar. Destes pacientes, 25,8% foram readmitidos em até sete dias após a admissão anterior².

Ainda em outro estudo, foram analisados dados das internações e readmissões a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH-SUS) do município do Rio de Janeiro no ano de 2015. Foram analisados 331.067 registros, com taxa ajustada de readmissão hospitalar do município para 11,6%. As reinternações ocorreram com maior frequência em até sete dias após a internação inicial, em mulheres de 20 a 29 anos²².

Um fator que deve ser levado em consideração durante a internação são as elevadas despesas que são geradas. Apesar de não ser uma variável estudada nesse trabalho, sabe-se que quanto mais tempo o paciente ficar internado e quanto maior for a sua necessidade de cuidados, maiores são os custos da estadia no hospital. Corroborando essa afirmação, um estudo realizado em 2015, mostrou que hospitais de grande porte são os que apresentam maior número de internações e maior média de gastos por internação, com 5.013 e R\$ 30.729, respectivamente, sendo o gasto em média 4 vezes maior que em um hospital de pequeno porte²⁸.

Diversos fatores associados a reinternações hospitalares podem ser encontrados na literatura, tais como: saída prematura, baixa adesão do tratamento pelo paciente, idade, o paciente ser do sexo masculino, doenças crônicas, cuidados inadequados de saúde, paciente que mora sozinho e raça branca²⁹.

Também deve-se levar em consideração o fato de que a depender da população estudada existem variáveis tais quais: fator genético, predisposições a doenças, perfil endêmico de uma população, entre outros fatores²⁴. Outro estudo evidenciou que pacientes que possuem posições socioeconômicas mais baixas tem taxas de readmissão maiores³⁰.

No presente estudo, a amostra total foi de 139 pacientes, dos quais 53% (73 pacientes) eram homens e 47% (66 pacientes) eram mulheres (Tabela 1). A média da idade total foi de 76 anos entre homens e mulheres, com extremos que variaram de 22 até 99 anos. Além disso, foi visto que a média da idade de mulheres (média de idade de 81 anos) que reinternaram é maior do que a média dos homens (média de idade de 72 anos).

Esses resultados são concordantes com os fatores de risco encontrados na literatura e, possivelmente, indicam que os idosos são os pacientes que possuem o maior risco de reinternação entre todas as faixas etárias. Além disso, os homens apresentaram uma média de idade para reinternar menor que das mulheres, talvez pelo fato de que os homens ao longo da vida procurem menos os serviços de saúde e no longo prazo possa trazer complicações mais precoces, levando o paciente a internar e reinternar também mais precocemente³¹. Porém, essa relação talvez seja devida ao fato de que foram excluídas as pacientes com afecções ginecológicas do presente estudo.

A taxa de mortalidade neste estudo foi de 20% durante a reinternação (Tabela 2). Como esperado, pacientes mais idosos foram os que apresentaram maior número de óbitos (Tabela 5). Além disso, os pacientes em faixas etárias maiores obtiveram nível de dependência mais elevado (ECOG 4). Estes dados obtiveram similaridade com um estudo realizado em 2013 no Distrito Federal, com dados de 2008, o qual afirma que a idade avançada está associada ao óbito hospitalar independente da causa da internação³².

Tal fato está associado a questão de que o envelhecimento é um processo sequencial, irreversível e não patológico de deterioração de um organismo maduro, de forma que o tempo torne um indivíduo menos apto a fazer frente ao estresse do meio ambiente. O paciente mais idoso tende a ter, ao passar da idade, declínios fisiológicos de sua homeostase³³, refletindo uma menor capacidade de resposta imunológica desses pacientes, haja vista que as principais patologias identificadas são infecções de origem bacteriana.

A maioria dos pacientes que reinternaram apresentavam um nível de dependência elevado, sendo 57 (41%) pacientes portadores de um ECOG 4 (Tabela 4), o que reflete a maior predisposição desses pacientes a contraírem outras doenças, principalmente as de caráter infeccioso e aumentar mais ainda a sua morbidade e mortalidade.

Assim, com base nesse dado, percebe-se a importância da orientação e esclarecimento acerca dos cuidados que o paciente, familiares e cuidadores devem receber após a alta médica, no intuito de melhorar o cuidado e minimizar episódios de reinternações dos pacientes com elevado grau de dependência²⁰.

Na reinternação, observou-se que 80 dos 139 (57,6%) dos pacientes apresentou o mesmo diagnóstico da primeira internação (Tabela 7), mostrando

semelhança com estudo feito em Porto Alegre, em que 69,4% dos pacientes reinternados tiveram o mesmo diagnóstico. Tal dado pode ser explicado tanto por descontinuidade/baixa adesão ao tratamento adequado após a alta, nível socioeconômico mais baixo ou por um processo inadvertido de alta²⁵.

Em relação aos principais diagnósticos encontrados entre os pacientes (tabela 9), a infecção de trato urinário foi a mais prevalente no presente estudo, sendo responsável por 44 readmissões (32%), vindo a seguir as infecções do trato respiratório, que foram responsáveis por 31 readmissões (22% das readmissões) e as afecções do aparelho digestivo, com 21 readmissões (15% das readmissões).

Tais dados demonstram o perfil epidemiológico da região Norte do país, na qual ainda prevalecem as doenças de caráter infeccioso determinando um maior número de internações. Fazendo um comparativo com outras regiões do Brasil, observou-se que as regiões Sul e Sudeste apresentam prevalência de internações por causas circulatórias e neoplásicas. Esses dados sugerem que as doenças obedecem características regionais³³.

Em seguida, as causas de origem não infecciosa mais prevalentes foram os distúrbios hidroeletrólíticos, afecções do Sistema Neurológico, Infecções de Partes Moles e outros focos, causas Oncológicas, Reumatológicas, Hematológicas, Cardiovasculares e outras causas (vertigem posicional paroxística benigna, delirium, tentativa de suicídio, recusa alimentar). Todas essas causas juntas somaram 31% do total de readmissões hospitalares.

O maior percentual de óbitos foi por afecções oncológicas (tabela 10), em que 4 dos 5 casos evoluíram a óbito (80% de mortalidade). Esse fato se deve a agressividade e natureza das afecções oncológicas, em que muitas vezes o tratamento não é totalmente eficaz para reversão do quadro ou mesmo quando não há cura. Outro fator a se levar em conta é que as patologias oncológicas têm a possibilidade de acometer outros sistemas por meio de metástases e assim dificultar a resposta imunológica e terapêutica do paciente, fazendo com que seja uma patologia com alta morbimortalidade associada^{34,35}.

Outra causa com elevado percentual de mortalidade foram os distúrbios hidroeletrólíticos (Tabela 10), no qual 50% dos pacientes tiveram como desfecho óbito. A provável explicação para esse fenômeno é que os pacientes que desenvolvem esse tipo de alteração, normalmente apresentam outras patologias de base, como doença renal crônica, hipotireoidismo, insuficiência suprarrenal,

hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e outras, as quais quando descompensadas, tendem a piorar ainda mais o desfecho desses pacientes³⁶.

Neste estudo, as doenças do aparelho digestivo foram as afecções que não evoluíram para o óbito (Tabela 10), mesmo com um número considerável de casos (21 pacientes), mostrando serem as doenças analisadas no estudo com a menor taxa de mortalidade (0% de óbitos). Esses dados sugerem que essas afecções sejam as que talvez apresentem possivelmente o menor risco de complicações associadas e maior possibilidade de reversibilidade do quadro clínico inicial.

Em relação ao tempo de internação dos pacientes (Tabela 6), obteve-se um tempo médio da primeira internação de 17.8 dias levando em consideração tanto homens quanto mulheres. A internação mais curta analisada foi de paciente que recebeu alta no mesmo dia da internação e a mais prolongada foi a de um paciente que ficou internado por 266 dias na primeira internação do período do estudo. O desvio padrão total foi de 32.8 para a primeira internação.

Já o tempo médio da segunda internação obtido foi de 23.2 dias, também levando em consideração tanto homens quanto mulheres, obtendo-se um desvio padrão de 59.5. A internação mais curta foi a de paciente que teve alta no mesmo dia e a mais longa foi a de paciente que ficou internado por 655 dias. O tempo médio de internação entre a primeira e a segunda internação variou cerca de 6 dias, que pode ser devido ao fato de que parte desses pacientes reinternaram com o mesmo diagnóstico da primeira admissão, mostrando que sua condição de saúde não havia sido totalmente melhorada ou que progrediu após a alta hospitalar.

O tempo de intervalo entre a primeira e a segunda admissão foi de 15.7 dias, quase metade do tempo considerado como critério de inclusão dentro do estudo que é de 30 dias. A reinternação mais precoce analisada foi de 1 dia após a alta e a readmissão mais tardia foi de 30 dias. Esses dados mostram grande heterogeneidade de intervalo entre as admissões sem a identificação de padrões.

Ao classificar as readmissões por intervalos de 10 dias, foi visto que 49 pacientes (35%) foram readmitidos em até 10 dias da sua alta prévia, e que a média da idade entre esses pacientes foi de 78.21 anos. Destes, 30 foram readmitidos pelo mesmo motivo e 19 foram readmitidos por diagnósticos discordantes entre a alta e a readmissão. 13 pacientes desse grupo foram a óbito (27%), sendo que a condição mais prevalente nesses pacientes foi a infecção respiratória como diagnóstico da

readmissão, acometendo 5 pacientes, seguidos de infecção do trato urinário e distúrbios hidroeletrólíticos.

Ao comparar a taxa de readmissão hospitalar precoce deste estudo com outro, foi possível observar discrepância entre os resultados. No estudo feito em um hospital de Porto Alegre, a taxa de reinternação precoce foi de 3,1%, inferior a observada de 35% nesta pesquisa. Talvez esse fato seja devido ao perfil dos pacientes internados na instituição, refletindo as diversidades entre o perfil populacional de cada região e devido ao menor número de pacientes desta pesquisa²⁵.

Este fato provavelmente se deve ao curso rápido de deterioração dos pacientes acometidos por infecções que podem levar rapidamente ao quadro de sepse por meio de disfunções dos mecanismos imunológicos apresentados pelos pacientes e que possui alta mortalidade até hoje devido à dificuldade em se obter uma resposta terapêutica adequada. Além disso, os distúrbios hidroeletrólíticos muitas vezes são refratários em pacientes mais graves que acabam evoluindo com disfunção orgânica^{36,37,38}.

No intervalo de 11 a 20 dias, 41 pacientes reinternaram nesse período e a idade média dos pacientes foi de 76.93 anos. Houve 4 óbitos (10%), sendo que os 4 foram por ITU. 19 reinternações foram pelo mesmo motivo e 22 foram por motivos discordantes.

Em relação ao intervalo de 21 a 30 dias, foram 49 pacientes que reinternaram nesse período, com a idade média entre eles de 74.92 anos. Houve 31 readmissões pelo mesmo motivo e 18 por motivos discordantes. 11 pacientes tiveram óbito como desfecho, representando 23% do total desse grupo de pacientes.

Ao analisar a distribuição entre os diagnósticos de admissão e readmissão, é possível evidenciar que os pacientes que são readmitidos de forma mais precoce (até 10 dias) e os pacientes que são readmitidos de forma mais tardia (21 a 30 dias) são os que apresentam a maior taxa de mortalidade.

Talvez o motivo de os pacientes que reinternam em até 10 dias terem uma maior taxa de mortalidade seja pelo fato de que esse é o grupo que está relacionado a maior gravidade de doenças agudas e potencialmente fatais. Em relação àqueles que reinternam de forma mais tardia (21 a 30 dias) são os que possuem complicações de doenças crônico-degenerativas que possuem risco de exacerbar e se tornar em uma condição potencialmente fatal^{3,7}.

Além disso, nesse estudo foram os pacientes que tiveram a maior porcentagem de concordância entre o diagnóstico da primeira admissão e o diagnóstico da readmissão. Talvez isso se deva ao fato de que as condições que os levam a reinternar em até 10 dias sejam refratárias não totalmente resolvidas no momento da alta. Em relação aos pacientes que reinternam de 21 a 30 dias, essa condição pode ser mais uma vez explicada pela natureza da reinternação, como uma condição crônico-degenerativa que promove várias reinternações.

As readmissões que ficaram entre 11 e 20 dias apresentaram uma menor mortalidade quando comparadas aos outros períodos, além de que houve maior equilíbrio em relação a concordância/discordância dos diagnósticos. Também foi o grupo que apresentou menor quantidade de pacientes que retornaram para internação. É possível que por esse intervalo apresentar maior heterogeneidade entre os diagnósticos da primeira admissão e o da readmissão, a condição que leva o paciente a ser readmitido não seja fatal ou refratária, traduzindo assim um melhor controle clínico por parte do serviço de saúde.

Foi também possível observar que o tempo médio da primeira internação foi de 26,69 para os pacientes que reinternaram em até 10 dias, 13,46 para os que reinternaram de 11 a 20 dias e de 13,1 para os que reinternaram de 21 a 30 dias e que a mortalidade não mostrou ser influenciada por tais variáveis.

Em uma pesquisa realizada em Nova York, EUA, os autores identificaram que um dos fatores fortemente associados com a reinternação precoce foi uma hospitalização prévia superior a 14 dias. Nesse mesmo estudo, nenhuma das variáveis estudadas se mostrou significativa para predizer a probabilidade de reinternação precoce e que provavelmente a identificação de indivíduos de elevados riscos de internação, necessite de preditores adicionais que não são disponíveis nos bancos de dados administrativos³⁹.

Este estudo teve algumas limitações. Por conta de ter sido focado em um setor específico do hospital, talvez ele não seja replicável para outras populações como os pacientes cirúrgicos ou ginecológicos. Ainda, a utilização de outros preditores poderia ter sido utilizada para melhorar a capacidade discriminatória do estudo, como: status socioeconômico, comorbidades, níveis de hemoglobina antes da alta, procedimentos realizados durante a internação e outros. Entretanto, a escolha das variáveis do estudo foi proposital para se usar um número menor de preditores para aumentar a aplicabilidade clínica e o uso de cada um.

Outra limitação a ser levada em consideração foi que talvez o conceito de readmissão precoce como sendo a que ocorre em até 30 dias da alta hospitalar talvez não seja o período mais adequado para avaliar as readmissões potencialmente evitáveis, porém este foi o período escolhido devido ser o mais aceito atualmente em pesquisas e o mais utilizado nos hospitais³⁵.

Apesar da caracterização do perfil dos pacientes readmitidos, não foi possível desenvolver uma ferramenta preditora de reinternação hospitalar, pois nenhuma das variáveis estudadas e analisadas se mostrou significativa para prever a probabilidade de reinternação precoce dos pacientes do Hospital Adventista de Belém.

Contudo, sabemos que cada nova internação em que o paciente é submetido, aumenta a susceptibilidade a novas afecções, como infecção por germes hospitalares, formação úlceras por pressão, infecção por uso de cateteres intravenosos, doenças psiquiátricas, como delirium e depressão. Dessa forma, é imprescindível que o paciente receba um diagnóstico, tratamento, programação e orientações de alta de forma adequada no intuito de minimizar o número de internações.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu observar os principais diagnósticos que levaram os pacientes a serem reinternados no Hospital Adventista de Belém no ano de 2019, entre os quais os mais prevalentes foram as doenças de caráter infeccioso, como infecções do trato urinário, doenças do sistema respiratório, e as doenças do aparelho digestivo.

Observou-se uma discreta predominância de reinternações com o mesmo diagnóstico que foi dado na primeira internação em relação a reinternações com diagnósticos divergentes, o que permite inferir que apesar de o paciente ter uma maior chance de internar devido a mesma causa anterior, esse dado não exclui a possibilidade de uma nova afecção em outro sistema.

Pôde-se notar que as afecções que apresentaram maior potencial de mortalidade em proporção foram as de origem neoplásica. Em contrapartida, a doença com menor taxa de mortalidade, foram as que acometeram o sistema digestório, provavelmente por conta de uma maior reversibilidade desse quadro frente a um tratamento correto. Talvez esse perfil possa evidenciar uma característica da população estudada, pelo fato de que a maioria dos pacientes se encontrava em uma faixa etária mais elevada.

A maioria dos pacientes foi composta por idosos do sexo masculino, com elevado grau de dependência. Nesse sentido, foi perceptível a associação do elevado nível de dependência (ECOG 4) com a idade avançada, porém não se pôde provar a relação dessas variáveis com uma maior permanência no hospital durante as internações e nem com o intervalo de tempo entre uma internação e outra.

Foi evidenciado que o número de óbitos foi maior entre os idosos, especialmente nos pacientes com mais de 70 anos de idade. Pode se observar essa relação direta entre idade e mortalidade devido a diminuição fisiológica dos mecanismos de manutenção da homeostase em nesses pacientes.

Após as variáveis analisadas não terem sido suficientes para criar uma ferramenta preditora de reinternação, sugerimos a implementação de outros escores preditores de reinternação hospitalar, como o escore HOSPITAL, pois possibilita uma melhor avaliação do perfil dos pacientes que possuem chance de uma readmissão potencialmente evitável, diminuindo assim tanto os transtornos de esfera pessoal, econômico e social. Assim, o trabalho contribuiu para o conhecimento do perfil das

reinternações no Hospital Adventista de Belém e pode servir como base para futuras pesquisas e estudos com o intuito de promover melhora do serviço de saúde prestado pelo hospital.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2002. 32 p.
- 2 Borges MF, Turrini RNT. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. *Rev Rene*. 2011;12(3):453–61.
- 3 Graham KL, Marcantonio ER. Differences between early and late readmissions among patients. *Ann Intern Med*. 2015;163(8):650.
- 4 Moreira ML. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil [Internet]. 2010. 174 p. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31082010-155750/>
- 5 Real GG. Readmissão hospitalar em pacientes clínicos: o papel dos fatores nutricionais. [Dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2017. 64 p.
- 6 Tavares MG, Tedesco-Silva H, Pestana JOM. Readmissão Hospitalar Precoce no transplante renal: artigo de revisão. *Brazilian J Nephrol*. 2020;42:231–7.
- 7 Fabbian F, Boccafogli A, De Giorgi A, Pala M, Salmi R, Melandri R, et al. The crucial factor of hospital readmissions: a retrospective cohort study of patients evaluated in the emergency department and admitted to the department of medicine of a general hospital in Italy. *Eur J Med Res*. 2015;20(1):1–6.
- 8 Donzé JD, Williams M V, Robinson EJ, Zimlichman E, Aujesky D, Vasilevskis EE, et al. International validity of the HOSPITAL score to predict 30-day potentially avoidable hospital readmissions. *JAMA Intern Med*. 2016;176(4):496–502.
- 9 Ferreira Neta AC, Jorge A de O, Viudes M de AA, Silva KL, Orlando CR de P, Almeida LH de, et al. O perfil das reinternações de um hospital de ensino de Belo Horizonte no ano de 2013. *Rev Salusvita*. 2017;443–61.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 244/GM, de 24 de março de 1999. Brasília, 1999.
- 11 Conceição LSR, Andrade GS, de Carvalho Oliveira TV, Santana LS, Andrade JD, Correia GS, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela fisioterapia do Hospital da Universidade Federal de Sergipe. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambient*. 2014;3(1):29–38.
- 12 Bíscaro Valera R, Turrini RNT. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Cienc y Enferm*. 2008;14(2):87–95.

- 13 Robinson R, Hudali T. The HOSPITAL score and LACE index as predictors of 30 day readmission in a retrospective study at a university- affiliated community hospital. *PeerJ*. 2017;2017(3).
- 14 Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially avoidable 30-day hospital readmissions in medical patients: derivation and validation of a prediction model. *JAMA Intern Med*. 2013;173(8):632–8.
- 15 Silva AMN, Souza EFD, de Andrade Barbosa TL, de Oliveira CS, Gomes LMX. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2014;6(4):1590–600.
- 16 Gomes HG, Dias SM, dos Santos Gomes M, de Medeiros JSN, Ferraz LP, Pontes FL. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. *Rev Interdiscip*. 2018;10(4):96–104
- 17 Jencks SF, Williams M V, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009;360(14):1418–28.
- 18 Rosa ACM, Lamari NM. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. *Arq Ciências da Saúde*. 2017;24(3):79–83.
- 19 Polo LHV, Moraes MW de. Performance de Zubrod e Índice de Karnofsky na avaliação da qualidade de vida de crianças oncológicas. *Einstein*. 2009;7(3):314–21.
- 20 Pereira EEB, dos Santos NB, Sarges E do SNF. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2014;5(4):8.
- 21 EBESERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Manual de conceitos e nomenclaturas de leitos hospitalares. Manual SPA/CRACH/DAS nº 1/2016. EBSEH Hosp Univ Fed [Internet]. 2016;1:24. Available from: <http://www.ebserh.net>
- 22 Freitas FA. Readmissões hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: um estudo exploratório [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2017.
- 23 Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med*. 2000;160(8):1074–81. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med*. 2000;160(8):1074–81.

- 24 Dias BM. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. Universidade de São Paulo;
- 25 Borges FK, Soliman F, Pires DO, Seligman R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. Rev HCPA Porto Alegre. 2008;28(3):147-52.
- 26 Van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. Cmaj. 2011;183(7):391–402.
- 27 Clarke A. Are readmissions avoidable? Br Med J. 1990;301(6761):1136–8.
- 28 Lara NC. Análise Especial – Despesas com internações de operadora de autogestão hospitalar. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, São Paulo. 2018; 1(1):1-7. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/analise_especial_despesas.pdf. Acesso em: 23 mai. 2021.
- 29 Anderson GF, Steinberg EP. Predicting hospital readmissions in the Medicare population. Inquiry. 1985;251–8.
- 30 Weissman JS, Stern RS, Epstein AM. The impact of patient socioeconomic status and other social factors on readmission: a prospective study in four Massachusetts hospitals. Inquiry. 1994;163–72.
- 31 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 Saude Publica. 2007;23:565–74.
- 32 Junqueira RMP, Duarte EC. Fatores associados à chance para a mortalidade hospitalar no Distrito Federal. Epidemiol e Serviços Saúde. 2013;22(1):29–39.
- 33 Magalhães VSM, Silva FC, Marques LP, Santos CB, Rios MA. Distribuição das causas de internações de idosos no Brasil.
- 34 Seyfried TN, Huysentruyt LC. On the origin of cancer metastasis. Crit Rev Oncog. 2013;18(1–2).
- 35 Mantovani A. Inflaming metastasis. Nature. 2009;457(7225):36–7.
- 36 Barbosa AP, Sztajnbok J. Distúrbios hidroeletrolíticos. J Pediatr (Rio J). 1999;75(Supl 2):S223.
- 37 Siqueira-Batista R, Gomes AP, Calixto-Lima L, Vitorino RR, Perez MCA, Mendonça EG de, et al. Sepsis: atualidades e perspectivas. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23:207–16.

- 38 Boechat AL, Boechat N de O. Sepsis: diagnóstico e tratamento. Rev Bras Clin Med. 2010;8(5):420–7.
- 39 Hua M, Gong MN, Brady J, Wunsch H. Early and late unplanned rehospitalizations for survivors of critical illness. Crit Care Med. 2015;43(2):430.

ANEXO A

Parecer de aprovação do Comitê de ética em pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil clínico dos casos de Readmissão Hospitalar em 30 dias em um Hospital Particular em Belém no período de Janeiro a Novembro de 2019

Pesquisador: Steffany Carmo Royer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29300020.5.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.906.399

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa pretende definir o PERFIL CLÍNICO DOS CASOS DE READMISSÃO HOSPITALAR EM 30 DIAS EM UM HOSPITAL PARTICULAR EM BELÉM NO PERÍODO DE JANEIRO A NOVEMBRO DE 2019 por meio de uma abordagem observacional do tipo transversal e retrospectiva, baseada em informações coletadas e analisadas a partir de prontuários eletrônicos dos pacientes clínicos reinternados em menos de 30 dias no Hospital Adventista de Belém (Pará). O número de participantes do estudo será de 150 e seus dados serão coletados a partir dos prontuários eletrônicos e do Programa de Dados da Instituição (Epimed) onde serão alocados na planilha de pesquisa desenvolvida para o projeto os dados de identificação criptografada do paciente, idade, sexo, ECOG, diagnósticos da internação/reinternação, condições clínicas associadas, motivos das readmissões, tempo de internação e desfecho clínico. Como itens de exclusão da amostra foram mencionados os pacientes cirúrgicos, obstétricos e pediátricos e os prontuários com informações clínicas insuficientes, como a ausência de pelo menos uma das variáveis do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem por objetivo primário o de "Promover um estudo retrospectivo acerca dos casos de pacientes com Readmissão Hospitalar em 30 dias atendidos no Hospital Adventista de Belém no período de Janeiro a Novembro de 2019 e os relacionar a fatores associados" e por objetivos secundários "Identificar características clínicas gerais dos indivíduos envolvidos neste estudo que

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963
 Bairro: São Brás CEP: 66.090-232
 UF: PA Município: BELÉM
 Telefone: (91)4006-9100 E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.906.306

identificação dos sujeitos e demais dados dos prontuários (idade, sexo, ECOG, diagnósticos da internação/reinternação, condições clínicas associadas, motivos das readmissões, tempo de internação e desfecho clínico).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória encontram-se disponíveis na Plataforma ressaltando-se, entretanto, que as autoras propõem a dispensa do TCLE alegando se tratar de um estudo de natureza observacional e retrospectiva cujos dados serão coletados a partir de prontuários eletrônicos e do Programa de Dados da instituição hospitalar, além da inviabilidade de obtenção individual dos referidos termos. Outrossim, as autoras apresentam devidamente postado e assinado por elas e pelo Diretor Clínico do Hospital Adventista de Belém, o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) onde as partes envolvidas se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes e a fazer uso dos dados coletados de forma anônima, assim como, ainda concordam e assumem a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para elaboração do estudo em tela.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa com importância na esfera clínica e científica, sem lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ver parecer consubstanciado na pasta "Pareceres"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1502990.pdf	31/01/2020 22:27:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	31/01/2020 22:26:44	Steffany Carmo Royer	Aceito
Outros	APENDICED.pdf	31/01/2020 22:23:00	Steffany Carmo Royer	Aceito
Outros	TCUD.pdf	31/01/2020 22:22:00	Steffany Carmo Royer	Aceito
Outros	APENDICEB.pdf	31/01/2020	Steffany Carmo	Aceito

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1953
 Bairro: São Brás CEP: 66.090-232
 UF: PA Município: BELÉM
 Telefone: (91)4009-9100 E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.906.396

Outros	APENDICEB.pdf	22:20:24	Royer	Acerto
Declaração de Pesquisadores	APENDICEA.pdf	31/01/2020 22:19:44	Steffany Carmo Royer	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/01/2020 22:10:21	Steffany Carmo Royer	Acerto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/01/2020 22:06:25	Steffany Carmo Royer	Acerto
Orçamento	ORCAMENTO.docx	28/01/2020 14:05:47	Steffany Carmo Royer	Acerto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	28/01/2020 14:02:25	Steffany Carmo Royer	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 09 de Março de 2020

Assinado por:
PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963
 Bairro: São Brás CEP: 66.050-232
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)4009-9100 E-mail: cep@cesupa.br

ANEXO B

Critérios de classificação do ECOG.

ECOG

0	Totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição
1	Restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária
2	Completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo
3	Capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília
4	Completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado, restrito ao leito ou à cadeira
5	Morte
