

## ARTIGO ORIGINAL

## Caracterização sociodemográfica dos pacientes portadores de germe multirresistente readmitidos em uma unidade de internação e a análise da estrutura de vulnerabilidade

Grasiele Gallina Seeger,<sup>1</sup> Esalba Silveira,<sup>2</sup> Loriane Rita Konkewicz<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido em: 22/02/14

Aceito em: 17/03/14

lorianerk@gmail.com

## RESUMO

Este estudo descreve as características sociodemográficas e clínicas de pacientes portadores de germe multirresistente (GMR), readmitidos em uma unidade de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A partir da caracterização buscou-se estabelecer uma relação com a estrutura de vulnerabilidade, que compreende três dimensões interdependentes: individual, social e programática. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, de caráter quantitativo. Os dados foram obtidos por meio do prontuário eletrônico dos pacientes e da aplicação de um questionário com perguntas fechadas, coletados entre os meses de maio a agosto de 2013. A amostra foi constituída de 52 pacientes, reinternados no período proposto. Verificou-se que a idade média foi de 61 ( $\pm 18,7$ ) anos, baixa escolaridade (55,8%) e maior percentual (55,8%) de pacientes procedentes do município

de Porto Alegre-RS. A maior frequência de readmissões ocorreu no período de 30 dias após a alta e aquelas ocorridas entre 07 a 15 dias atingiram a soma de 53,8%, evidenciando-se como de maior prevalência. O microrganismo mais frequente foi o *Enterococcus* resistente a vancomicina (VRE), e as afecções de base mais evidenciadas foram as doenças pulmonares e neoplasias (16,7%). A partir dos achados dos questionários, foi possível demonstrar que as readmissões hospitalares estavam associadas principalmente às necessidades e agravos em saúde relacionados às afecções de base e ao tratamento clínico de controle. Os resultados sugerem que as características sociodemográficas e as condições de vida desta população não foram expressivas para o desencadeamento das readmissões.

**Descritores:** readmissão; vulnerabilidade.

## ABSTRACT

This scope of this study is to describe the sociodemographic and clinical characteristics and their relation with vulnerability structure of multidrug-resistant organisms (MDRO) infected patients readmitted at HCPA. The study was conducted by a cross-sectional, descriptive and quantitative procedure, considering three interdependent dimensions: individual, social and programmatic. Data were obtained from the electronic medical records of the patients and the application of a questionnaire with closed questions, collected between May and August of 2013. The sample consisted in 52 patients readmitted in the proposed period. It was found that the majority of readmitted patients presents low education levels (55.8%) and lives in Porto

Alegre - RS (55.8%), most of them returning to HCPA less than 30 days after discharge. The frequency of readmissions occurred between 7 and 15 days reaches 53.8 % of total, evidencing a high prevalence and relevance. The most common microorganism was vancomycin resistant *Enterococcus* (VRE), and the diseases that were more evidenced were lung diseases and neoplasias (16.7%). The findings show that hospital readmissions are associated mainly to the needs and health disorders related to patient's diseases and clinical control treatment. The results suggest that the sociodemographic characteristics and living conditions of this population were not significant for triggering readmissions.

**Keywords:** patient readmission; social vulnerability

## INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu do cotidiano de formação em serviço na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS/HCPA), no campo do Controle de Infecção Hospitalar (CIH). A concepção de saúde que fundamenta o trabalho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) revela o entendimento de que os determinantes sociais do processo de saúde e doença podem implicar na produção e continuidade do cuidado, bem como incidir em possíveis readmissões.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), causadas por microrganismos resistentes são cada vez mais prevalentes no ambiente hospitalar e constituem-se como de difícil tratamento considerando a disponibilidade de drogas eficazes.<sup>1</sup>

As IRAS estão entre as seis principais causas de óbito no país, ao lado de outras doenças como as cardiovasculares, neoplasias, respiratórias e infecto-contagiosas.<sup>2</sup> Os fatores de risco associados à aquisição de infecções, de modo geral, estão agregados às características de saúde do próprio paciente, aos procedimentos invasivos e ao ambiente hospitalar.<sup>3</sup>

Conforme as diretrizes do *Center for Disease Control and Prevention*<sup>4</sup> a definição de resistência depende da necessidade e do perfil de sensibilidade de cada instituição. Os microrganismos considerados GMR no HCPA são: *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina (MRSA); *Enterococcus sp.* resistente a vancomicina (VRE); Enterobactérias resistentes aos carbapenêmicos, *Acinetobacter sp.* resistente aos carbapenêmicos e *Pseudomonas sp.* resistente aos carbapenêmicos; Enterobactérias produtoras de beta-lactamase de espectro ampliado (ESBL); *Burkholderia Cepacia* em paciente com fibrose cística, *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemas (KPC) e *Clostridium difficile*.<sup>5</sup>

As readmissões de pacientes por microrganismos resistentes revestem-se de preocupações tendo em vista o aumento do tempo de internação, a complexidade terapêutica, a elevação dos custos hospitalares e o significativo aumento dos índices de morbimortalidade.<sup>6</sup> Cerca de 720.000 pessoas são infectadas em hospitais brasileiros por ano e, destas, 20% evoluem para o óbito.<sup>7</sup> Acrescentam-se as repercussões para o paciente e sua família, tais como: o afastamento da vida social e do trabalho, com conseqüente comprometimento social, psicológico e econômico.<sup>8</sup>

Estudos internacionais identificam taxas de readmissões que variam de 0,47% a 25,4%, dependendo das características demográficas e do tempo entre internação e readmissão hospitalar.<sup>9,10</sup>

O termo readmissão sugere nova admissão, após certo período de tempo em um mesmo hospital. Os estudos delimitam diferentes intervalos de tempo, os quais decorrem entre uma semana, até um ano após a alta hospitalar.<sup>11,12</sup> A condição de readmissão pode identificar altas precoces, definir indicadores de qualidade dos serviços prestados durante a permanência hospitalar e indicadores do cuidado recebido no período imediato após a alta hospitalar.<sup>13</sup>

Os artigos que tratam da temática destacam como indicadores de readmissão os fatores clínicos e a qualidade dos serviços assistenciais e de modo geral, os mesmos não mencionam como fatores que contribuem para as readmissões, os agravos relacionados aos determinantes e condicionantes sociais em saúde. Estudos ancorados em abordagens estritamente biomédicas e análises reduzidas ao diagnóstico simplificam e desvalorizam possíveis demandas que extrapolem o âmbito biológico.<sup>14</sup>

São imprescindíveis as abordagens biomédicas, mas a análise da vulnerabilidade agrega elementos diversos que contribuem para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa. A vulnerabilidade é compreendida como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.<sup>15</sup>

A vulnerabilidade individual abarca o grau e a qualidade das informações de que dispõem as pessoas, a capacidade que têm de elaborar essas informações e incorporá-las ao cotidiano e o interesse de aplicá-las na prática. A vulnerabilidade social está relacionada à obtenção de informação e à capacidade de entender o seu conteúdo, o seu significado e de colocá-los em prática. E a vulnerabilidade programática é entendida como a análise da capacidade de resposta de programas e instituições às condições socialmente dadas de vulnerabilidade.<sup>16</sup>

Os dados constitutivos das condições de vulnerabilidade vão compor as características sociodemográficas, que têm sido apontadas como fatores relevantes para a saúde das populações, de modo a interagir ou modificar as relações entre determinados fatores de vulnerabilidade e o processo de saúde/doença.<sup>17</sup>

Destaca-se a relevância deste estudo, considerando que não foram localizados trabalhos que abordam a temática da readmissão de paciente com GMR, associando a caracterização sociodemográfica com a concepção da estrutura de vulnerabilidade. Assim, ao investigar aspectos inerentes ao processo de reinternação, busca-se obter informações de saúde que possibilitem uma melhor gestão no processo de cuidado nas práticas cotidianas, as quais possam contribuir na prevenção dos fatores possíveis de readmissões desses pacientes.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo. O cenário de pesquisa foi unidade de internação 6º Sul, composta por 34 leitos e destinada prioritariamente a pacientes portadores de GMR do HCPA-RS. Os dados foram coletados entre os meses de maio a agosto de 2013 e as categorias para a caracterização e diagnóstico foram obtidos por meio do prontuário eletrônico do Sistema AGHWEB do HCPA e de um questionário composto por questões fechadas.

As perguntas do questionário foram elaboradas a partir dos indicadores de vulnerabilidade individual, social e programática propostas por Ayres.<sup>15</sup> Na dimensão individual foram analisados o grau de autonomia dos pacientes, as redes de relações familiares e sociais percebidas, saúde percebida e crenças. A vulnerabilidade social envolveu as variáveis de gênero, idade, raça/etnia, emprego, salário, acesso à saúde e educação. A dimensão programática compreendeu o acesso e a qualidade dos serviços, integridade da atenção, atividades intersectoriais, equidade das ações, organização do setor saúde, compromisso, responsabilidade e preparo dos profissionais.

A amostra foi do tipo não-probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão adotados foram pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, com condições para responder ao questionário e dispostos a participar do estudo. Incluíram-se à amostra os questionários respondidos pelos familiares dos pacientes que apresentaram impedimentos clínicos e/ou cognitivos para responder ao instrumento.

Para a análise estatística, os dados coletados foram digitados, revisados e codificados em um banco de dados do *Microsoft Excel* e, posteriormente, sistematizados e analisados pelo Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA, sob protocolo nº 201.833, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Os sujeitos foram esclarecidos sobre as finalidades do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Foram readmitidos 56 pacientes portadores de GMR no período correspondente ao estudo e 04 recusaram-se a participar, resultando em uma amostra final de 52 pacientes. A idade média encontrada foi de 61 ( $\pm 18,7$ ) anos, sendo a idade mínima 18 anos e máxima 91 anos.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos pacientes segundo as variáveis sociodemográficas. Quanto ao gênero, dividiu-se 50,0% entre homens e mulheres. E a prevalência de 42,3%, entre os casados seguidos de 25,0% viúvos, 17,3% de solteiros e 15,4% de divorciados/separados.

Com relação à procedência e moradia, constatou-se que a maioria dos pacientes reside no município de Porto Alegre (55,8%), seguido da região metropolitana (30,8%) e interior (13,5%), conforme mostra a Tabela 1. Em 78,8% dos casos os pacientes residiam em casa própria.

No que tange à escolaridade, 28 pacientes (53,8%) possuíam ensino fundamental incompleto, seguidos de 09 pacientes (17,3%) que não freqüentaram a escola, mas sabiam ler/escrever, sendo ambos os percentuais mais elevados da amostra (Tabela 1).

Entre os pacientes readmitidos 90,4% não exerciam atividade remunerada. Quanto à renda, 26,9% procediam da aposentadoria por tempo de serviço, seguidos de aposentadoria por invalidez (23,1%), auxílio doença (15,4%), incluindo-se um percentual de 11,5% da amostra que não responderam a questão.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos pacientes portadores de GMR readmitidos na unidade 6º Sul do HCPA, no período de maio a agosto de 2013. Porto Alegre, RS (N=52).

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	26	50,0
Masculino	26	50,0
<b>Estado Civil</b>		
Casado	22	42,3
Viúvo	13	25,0
Solteiro	9	17,3
Divorciado/Separado	8	15,4
<b>Procedência</b>		
Porto Alegre	29	55,8
Região Metropolitana	16	30,8
Interior	7	13,5
<b>Escolaridade</b>		
Não frequentou escola e não sabe ler /escrever	1	1,9
Não frequentou escola, mas sabe ler/escrever	9	17,3
Ensino fundamental completo	5	9,6
Ensino fundamental incompleto	28	53,8
Ensino médio completo	5	9,6
Ensino médio incompleto	1	1,9
Ensino superior completo	1	1,9
Ensino superior incompleto	2	3,8
<b>Desenvolve Atividade Remunerada</b>		
Não	47	90,4
Sim	5	9,6
<b>Renda Individual</b>		
Não teve rendimento	9	17,3
<1 salário mínimo	2	3,8
1 salário mínimo	30	57,7
2 a 3 salários mínimos	11	21,2
<b>Situação Atual</b>		
Aposentado por tempo de serviço	14	26,9
Aposentado por invalidez	12	23,1
Auxílio doença	8	15,4
Desempregado	4	7,7
Pensionista	3	5,8
BPC	2	3,8
Estudante	2	3,8
Dona de casa	1	1,9
Não responderam	6	11,5

Os demais percentuais podem ser observados na Tabela 1.

Em relação à renda individual mensal dos pacientes, destacou-se a de 01 salário mínimo (57,7%), seguidas de 21,2% que possuíam entre 02 a 03 salários mínimos, 17,3% que não possuíam rendimentos e 3,8% com renda inferior a 01 salário mínimo (Tabela 1). A renda familiar predominante foi de 02 a 03 salários mínimos, atingindo o percentual de 57,7%.

Quanto ao suporte social, designado como o cuidado oferecido por familiares e amigos, constatou-se que 96,2% dos pacientes contavam com essa possibilidade, assim distribuídos: esposo(a)/companheiro(a) (36,5%), seguido dos filhos (32,7%), outros familiares (13,5%), mães (7,7%) e amigos (3,8%), e 5,8% que não responderam a essa questão.

No que tange à religião, a maioria dos pacientes eram cristãos, sendo o maior percentual representado por católicos (57,7%), seguido de evangélicos (25,0%). A cor auto declarada predominante foi branca (51,9%), seguidos de parda (26,9%) e negra (11,5%).

A Tabela 2 refere-se ao grau de autonomia dos pacientes, analisada a partir de três aspectos: comunicação, mobilidade e cognição. A comunicação revela a capacidade de participação social e à execução de decisões as quais implicam diretamente na independência do indivíduo; entre eles, 33 (63,5%) mantinham preservada a capacidade de comunicação, seguidos de 25,0% com capacidade parcial, enquanto 06 (11,5%) estavam incapacitados. No quesito mobilidade 44,2% dos pacientes apresentavam independência funcional que revela a capacidade de desempenhar as atividades, seguidos de 30,8 % com mobilidade parcial e 25,0 % com ausência de mobilidade. Quanto ao item que corresponde à cognição, 35 (67,3%) pacientes tinham capacidades preservadas, consideradas relevantes para a vida em sociedade, seguidos de 25,0% com capacidades parcialmente preservadas e 04 (7,7%) pacientes com total comprometimento cognitivo.

**Tabela 2** – Identificação do grau de autonomia dos pacientes readmitidos na unidade 6º Sul do HCPA, entre os meses de maio a agosto de 2013. Porto Alegre, RS, 2013 (N=52).

Grau de autonomia	n	%
<b>Comunicação</b>		
Sim	33	63,5
Não	6	11,5
Parcial	13	25,0
<b>Mobilidade</b>		
Sim	23	44,2
Não	13	25,0
Parcial	16	30,8
<b>Cognição</b>		
Sim	35	67,3
Não	4	7,7
Parcial	13	25,0

O dado referente à autopercepção do paciente sobre a sua autonomia foi de 44,2%, o que provavelmente está atrelado à capacidade de mobilidade, que chegou ao mesmo percentual. Este dado associa-se ao percentual de pacientes que responderam ao questionário (55,8%).

Entre as características clínicas, as afecções de base predominantes foram às doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, enfisema, edema pulmonar, doença pulmonar reumatóide) e neoplasias, ambas com o mesmo percentual, seguidas das demais conforme mostra Tabela 3.

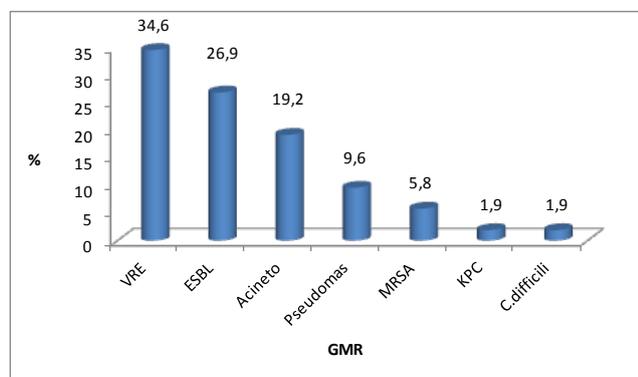
Os microrganismos mais prevalentes neste estudo foram: *Enterococcus* resistente à vancomicina (VRE) com percentual de 34,6% e *Enterobactérias* produtoras de beta-lactamase de espectro ampliado (ESBL), com 26,9%, conforme a Tabela 1.

A análise dos dados apontou que 53,8% estavam colonizados e 46,2% infectados pelos patógenos resistentes.

Em relação ao sítio infectado, predominou a do trato urinário (23,1%), seguido do trato respiratório (17,3%), sítio cirúrgico (3,8%), sendo menos prevalentes as infecções de corrente sanguínea (1,9%).

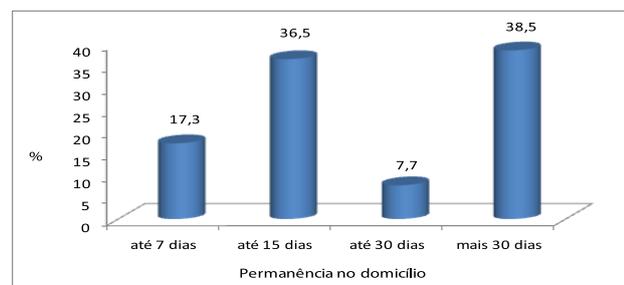
**Tabela 3** – Caracterização clínica dos pacientes portadores de GMR readmitidos na unidade 6º Sul do HCPA, entre os meses de maio a agosto de 2013. Porto Alegre, RS, 2013 (N=52).

Afeções de base	n	%
Pulmonar	12	16,7
Neoplasias	12	16,7
Renal	11	15,3
Gastro-abdominal	9	12,5
Neurocerebral	8	11,1
Osteo-articular	7	9,7
Cardiovascular	6	8,3
HIV/SIDA	4	5,6
Hepática	3	4,2



**Figura 1** - Prevalência de GMR nos pacientes readmitidos na unidade 6º Sul do HCPA entre os meses de maio a agosto de 2013. Porto Alegre, RS, 2013 (N=52).

As readmissões dos pacientes ocorreram em diferentes intervalos de tempo. Para verificar o período de permanência em domicílio, a distribuição do tempo foi categorizada em quatro períodos. Conforme mostra a Figura 2, o percentual mais expressivo foi o das readmissões de paciente que ocorreram após um mês (38,5%), seguido de 36,5% após 15 dias da alta hospitalar.



**Figura 2** - Dias de permanência no domicílio dos pacientes readmitidos na unidade 6º Sul do HCPA, entre os meses de maio a agosto de 2013. Porto Alegre, RS, 2013 (N=52).

Os aspectos clínicos que poderiam justificar as readmissões não foram o foco deste estudo e sim o de identificar fatores relacionados à estrutura de vulnerabilidade social, como conhecimento do diagnóstico, necessidades de orientação em saúde por ocasião da alta anterior, acesso aos serviços da rede em saúde e acesso aos medicamentos. Esse conjunto de dados, dizem respeito ao direito de acesso à informação, e em que medida essas necessidades eram atendidas pela equipe de saúde.

Os dados revelaram que 73,1% sabiam o motivo da internação e 50,0% afirmaram que o seu problema de saúde foi resolvido na internação anterior. Complementa-se aos resultados o percentual de pacientes que obtiveram orientações sobre diagnóstico e tratamento (73,1%), verificando que destes 57,7% compreenderam as orientações, seguido de 19,2% que entenderam parcialmente.

Entre os que responderam ao questionário, 63,5% não necessitavam equipamentos e materiais por ocasião da alta, seguidos de 34,6% que responderam afirmativamente. Sobre os medicamentos, 80,8% responderam que tiveram acesso aos mesmos. Os que tiveram dificuldade de aquisição foram 19,2% e isso ocorreu pela falta de medicamentos na rede pública.

Os pacientes que readmitidos no período do estudo, 91,8% foram encaminhados para a rede de saúde, por ocasião da alta anterior sendo que 84,6% para Unidade Básica de Saúde (UBS) e 15,4% para os serviços ambulatoriais do próprio hospital.

## DISCUSSÃO

O controle dos microrganismos resistentes no ambiente hospitalar exige conhecimento, estratégias e táticas para alcançá-lo. Este estudo partiu do mais simples, porém não menos importante, que é conhecer as características dos pacientes, foco da preocupação cotidiana, de quem opera na área hospitalar. Agrega-se a isso a questão das readmissões, consideradas como um conjunto de agravos às condições de saúde, que podem ser entendidas à luz da estrutura de vulnerabilidade.

Constatou-se um amplo espectro de idade entre os pacientes readmitidos (entre 18 e 91 anos), porém a média de idade encontrada foi de 61 ( $\pm 18,7$ ) anos, coincidindo com o período do ciclo vital onde o adoecimento é mais freqüente. Estudos<sup>18</sup> afirmam que idosos são mais suscetíveis a complicações que adultos jovens, devido à maior predisposição às doenças associadas ao envelhecimento e/ou pela debilidade imunológica.

Os idosos utilizam mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias.<sup>19</sup> A infecção adquirida em ambiente hospitalar assume grande importância nesse grupo etário devido à alta taxa de letalidade,<sup>20,21</sup> visto que o indivíduo idoso está mais suscetível a adquirir infecção hospitalar devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos.<sup>21</sup>

O estudo apontou para um baixo nível de escolaridade (93,8% com ensino fundamental incompleto), podendo refletir-se nos percentuais de renda recebida, visto que a maioria dos pacientes possuía renda de apenas 01 salário mínimo. Esse resultado é semelhante a outros estudos, os quais revelam que o perfil sociodemográfico dos usuários do SUS aponta para baixa escolaridade e menor nível de renda.<sup>22</sup> Ambas variáveis podem estar associadas com a dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde.

Os dados demonstraram que 90,4 % dos pacientes não exerciam atividade remunerada, e que dentre estes, há um percentual considerável de pacientes assegurados pela Previdência Social assim, distribuídos: aposentadoria por tempo de serviço (26,9%), aposentadoria por invalidez (23,1 %) e auxílio doença (15,4 %), totalizando (65,4%). Esses resultados relacionados à Previdência Social revelam que as pessoas antes do adoecimento, estavam incluídas no mercado formal de trabalho, o que as possibilitou ter acesso

aos benefícios. Todavia o insuficiente valor procedente dos benefícios previdenciários constitui-se como mais um agravamento à saúde desta população. Ao mesmo tempo em que há uma intersecção: a baixa renda é alimentada pela condição do adoecimento. Daí a relevância de entender as características sociodemográficas, a partir da estrutura de vulnerabilidade, onde a dimensão individual se conecta com a social e a programática.

As condições e as características do trabalho têm grande importância sobre o processo de saúde-doença, dependendo da forma como se estruturam e se organizam tais condições.<sup>14</sup>

A dimensão da vulnerabilidade social é interpretada a partir da complexa organização social, que depende das pessoas individualmente e de aspectos como o acesso à informação e à saúde, emprego, renda, idade, gênero e grau de escolaridade, como evidenciaram os resultados anteriores desta pesquisa.

Para buscar entender os fatores que poderiam desencadear as reinternações, diversos condicionantes foram analisados, tais como: qualidade do atendimento, autocuidado no domicílio, suporte social e cronicidade da doença.

Os achados revelaram que a maioria dos pacientes contava com um bom suporte social e apresentavam bom grau de autonomia que diz da capacidade do indivíduo de ter o poder e a habilidade de decidir ou agir sobre si próprio.<sup>23</sup> O percentual de questionário respondido pelos pacientes foi de 55,8%, seguido de 25,0% respondidos pelos filhos. Esses dados dialogam com a capacidade de autonomia. Os achados sobre o grau de autonomia dos pacientes, suporte social e saúde percebida, são considerados determinantes para o eixo de vulnerabilidade individual.

As readmissões parecem associar-se, principalmente, às necessidades e agravos em saúde relacionados às afecções de base e ao tratamento clínico de controle. Os achados relacionados às características sociodemográficas e às condições de vida desta população não foram conclusivos para o desencadeamento das readmissões.

Dentre os principais microrganismos identificados destacam-se por frequência o *Enterococcus sp.* resistente à vancomicina (VRE), seguido das Enterobactérias produtoras de beta-lactamase de espectro ampliado (ESBL). Estudo publicado em 2013, realizado na unidade 6º Sul do HCPA, refere que os patógenos prevalentes nesse período condizem com os identificados neste estudo.<sup>23</sup>

As características da dimensão programática da vulnerabilidade, que consistem na identificação de falhas nos serviços de saúde não foram decisivas para as readmissões, visto que 73,1% dos pacientes readmitidos sabiam o motivo da internação e 50,0% afirmaram que o seu problema de saúde foi resolvido na internação anterior, bem como obtiveram orientações sobre diagnóstico e tratamento (73,1%).

Estudo sobre o perfil dos pacientes com reinternação precoce (07 dias) realizado nesta instituição hospitalar no ano de 2007 (janeiro a março) demonstrou que dos 5.363 pacientes readmitidos em até sete dias após a alta hospitalar, 135 (31%) eram adultos.

Estudos sugerem que as readmissões hospitalares são indicadores importantes de qualidade assistencial, principalmente quando esta ocorre precocemente, em até 07 dias, podendo levar a uma inferência mais fidedigna sobre a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde.<sup>24</sup> Os resultados do presente estudo, no entanto, não relacionam as readmissões com a resolutividade da instituição de saúde.

As afecções de base mais evidentes, conforme categorização empregada foram doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, enfisema, edema pulmonar, doença pulmonar reumatóide) e neoplasias, ambas com percentual de 16,7%.

Doenças pulmonares estão entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>18</sup> A neoplasia vem sendo responsável por sete milhões de óbitos registrados, anualmente, em escala global. Com o salto quantitativo demográfico

estima-se que, até o ano de 2020, mais de dez milhões de pessoas, no mundo, desenvolvam alguma tipologia neoplásica.<sup>25</sup>

Existem ainda poucos estudos sobre as readmissões com GMR suas causas e consequências, fazendo-se necessárias mais pesquisas nessa área, principalmente enfocando das variáveis que vão ao encontro de uma visão de integralidade do processo de saúde-doença.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos por meio deste estudo representam subsídios técnicos e científicos importantes para o planejamento e intervenções, visto a carência de estudos sobre a temática e especificidades da população investigada. A investigação de possíveis fatores relacionados às readmissões contribui para o entendimento da dinâmica de ocorrência desses eventos, orientando mudanças nas práticas assistenciais.

## REFERÊNCIAS

1. Kossovsky MP, Perneger TV, Sarasin FP, Bolla F. Comparison between planned and unplanned readmissions to a department of internal medicine. *J Clin Epidemiol.* 1999; 52(2):151-6.
2. Sader HS, Gales AC, Pfaller MA, Mendes RE, Zoccoli C, Barth A et al. Pathogen frequency and resistance patterns in brazilian hospitals: summary of results from three years of the SENTRY antimicrobial surveillance program. *Braz J Infect Dis.* 2001; 5(4):200-14.
3. Mantese OC, Paula A, Mores AB, Moreira TA, Guerra MLLS, Brandileone MCC. Prevalência de sorotipos e resistência antimicrobiana de cepas invasivas do *Streptococcus pneumoniae*. *J Pediatr.* 2003; 79(6):537-542.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Addressing Emerging Infectious Disease Threats: A Prevention Strategy for the United States.* 1994.
5. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Management of multi drug-resistant organisms in healthcare settings. *Am J Infect Control.* 2007; 35(Suppl 2):165S-193.
6. Arantes A, Carvalho ES, Medeiros EAS, Farhat CK, Mantese OC. Uso de diagramas de controle na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. *Rev Saude Pública.* 2003; 37(6):768-74.
7. Oliveira AC, Kovner CT, Silva RS. Nosocomial infection in an intensive care unit in a brazilian university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(2):233-9.
8. Chen YY, Chou YC, Chou P. Impact of nosocomial infection on cost of illness and length of stay in intensive care units. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005; 26(3):281-7.
9. François P, Bertrand D, Beden C, Fauconnier J, Olive F. Early readmission as an indicator of hospital quality of care. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2001; 49(2):183-92.
10. Brook U, Buyanover Y. Rehospitalization of children. *Harefuah.* 1999. 136(12):931-932.
11. Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tslios C et al. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions?. *Ann Emerg Med.* 2003; 41(2):173-85.
12. Howell S, Coory M, Martin J, Duckett S. Using routine inpatient data to identify patients at risk of hospital readmission. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9:96-105.
13. Perez, MAA. População idosa e o uso de serviços de saúde. *Rev Hosp Universitário Pedro Ernesto.* 2008; 7(1):30-37.
14. Oliveira D; Cabral F. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):368-75.
15. Ayres JRCM, França-Júnior J, Calazans GJ, Saletti HCF. O conceito

- de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 116-138.
16. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HCF, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 375-417.
  17. Tresoldi AT et al. Princípios gerais para normatização de isolamentos. In: Colombrini MRC, Mucke AG, Figueiredo RM. *Enfermagem em Infectologia – Cuidados com o Paciente Internado*. São Paulo: Atheneu; 2000.
  18. Peixoto, S et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004; 13(4):239-246.
  19. Veras RP. *Terceira Idade. Gestão Contemporânea em Saúde*. Relume-Dumará; 2002
  20. Smith PW. Infecções nosocomiais em idosos. *Clin Doenças Infec Am Norte*. 1989; 4:797-81.
  21. Werner H, Kuntsche J. *Infection in the elderly: what is different?*. *Z Gerontol Geriatr*. 2000; 33:350-8.
  22. Ribeiro, MC et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):1011-1022.
  23. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho Filho LE, Borges OS. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2008; 11(1):93-103.
  24. Stumpfs, D et al. The Impact of a Single Ward for Cohorting Patients with Infection due to Multidrug-Resistant Organisms. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2013; 34(8):864-865.
  25. Seligman, R et al. Reinternação Hospitalar Precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. *Revista HCPA*. 2008;28(3):147-52.
  26. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Atlas de Mortalidade por Câncer*. Disponível em: <[http:// mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/index.jsp](http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/index.jsp)>. Acesso em: 01/2011.
  27. Kossovsky MP, Perneger TV, Sarasin FP, Bolla F. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. *J Clin Epidemiol*. 1999; 52(2):151-6.