

HOSPITAL BRUNO BORN  
RESIDÊNCIA CLÍNICA MÉDICA

**ANÁLISE DAS REINTERNAÇÕES DOS PACIENTE NA CLÍNICA MÉDICA  
DO HOSPITAL BRUNO BORN DE JANEIRO A JUNHO DE 2020**

Alexandre Baron

Lajeado, fevereiro de 2021

Alexandre Baron

**ANÁLISE DAS REINTERNAÇÕES DOS PACIENTE NA CLÍNICA MÉDICA  
DO HOSPITAL BRUNO BORN DE JANEIRO A JUNHO DE 2020**

Projeto de pesquisa proposto para obtenção do  
grau de Especialista em Residência Clínica  
Médica

Orientador: Dr Fábio Fernandes Cardoso

Lajeado, fevereiro de 2021

## RESUMO

Este documento visa a análise das reinternações de pacientes no setor clínica médica do hospital Bruno Born, no período de janeiro a junho de 2020. Com essa análise, espera-se demonstrar pontos em que o serviço possa ser melhorado, diminuindo número de reinternações

**Palavras-chave:** Reinternações; clínica médica; hospital Bruno Born

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Quantidade de diagnósticos.....	21
<b>Tabela 2:</b> Internações evitáveis.....	27

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Sexo dos pacientes internados.....	10
<b>Gráfico 2:</b> Idades dos pacientes.....	11
<b>Gráfico 3:</b> Escolaridade dos pacientes.....	12
<b>Gráfico 4:</b> Pacientes que foram a óbito.....	13
<b>Gráfico 5:</b> Tempo de alta.....	14
<b>Gráfico 6:</b> Motivo da primeira internação.....	15
<b>Gráfico 7:</b> Procedimentos realizados durante a internação.....	16
<b>Gráfico 8:</b> Internações que resultaram em UTI.....	17
<b>Gráfico 9:</b> Medicação modificada durante a internação.....	18
<b>Gráfico 10:</b> Resultados dos exames foram significativos.....	19
<b>Gráfico 11:</b> Índice de comodidade Charlson.....	20
<b>Gráfico 12:</b> Comorbidades.....	20
<b>Gráfico 13:</b> Motivo da internação foi o mesmo de outra recente.....	22
<b>Gráfico 14:</b> O paciente fazia uso de polifarmácia.....	23
<b>Gráfico 15:</b> Medicação de alto risco.....	24
<b>Gráfico 16:</b> Medicação de alto risco.....	25
<b>Gráfico 17:</b> Motivo da segunda internação.....	26

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
1.1 TEMA.....	6
1.2 PROBLEMA.....	6
1.3 OBJETIVOS.....	6
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	6
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.4 JUSTIFICATIVA.....	7
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>9</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	9
3.2 PARTICIPANTES.....	9
3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	9
3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	9
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>10</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 TEMA

Proporção de readmissão de pacientes em até 30 dias da última alta hospitalar na clínica médica do hospital Bruno Born de janeiro a junho de 2020, sendo o numerador o número de pacientes readmitidos entre 0 e 30 dias da última alta hospitalar, e o denominador o número total de internações neste setor

## 1.2 PROBLEMA

As readmissões hospitalares potencialmente evitáveis geram altos níveis de custos hospitalares, principalmente em países como o Brasil, com recursos limitados disponíveis para a saúde (Castro, Carvalho e Travassos, 2005)

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo geral

Investigar as readmissões hospitalares do setor de clínica médica do hospital Bruno Born

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Quantificar as taxas de readmissão hospitalar, segundo as variáveis de interesse;
- Caracterizar as readmissões hospitalares quanto a seus respectivos diagnósticos e suas relações com a internação prévia;

- Analisar a possibilidade de síndrome pós-hospitalização contribuindo para reinternação;
- Analisar se o tratamento foi adequado na primeira internação, principalmente a qualidade da alta e da prescrição;
- Analisar possíveis empecilhos na rede de saúde ou no contexto do paciente que poderiam ter auxiliado em ter nova readmissão.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA

Melhorar cuidados da saúde, reduzindo custos à saúde e melhorando a qualidade de vida do paciente, ao não necessitar de nova readmissão hospitalar precoce

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença (BORGES; TURRINI, 2011).

As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável (KOSSOVSKY., 1999).

Readmissões hospitalares desnecessárias acarretam custos desnecessários e riscos indevidos aos pacientes (CASTRO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2005).

Levando em conta a hipótese de que baixa qualidade dos cuidados com subsequente readmissão precoce parece razoável, taxas de readmissão foram propostas como indicador de rotina de qualidade da assistência médica (MILNEY; CLARK, 1990), levando em conta as readmissões eventuais, principalmente as potencialmente evitáveis.

Como a maioria das readmissões potencialmente evitáveis ocorrem em até 30 dias, na utilização do indicador, é recomendado intervalo de até 30 dias como sendo mais adequado (BORGES; TURRINI, 2011).

Outro problema a ser investigado seria a Síndrome de Pós-Hospitalização, uma condição adquirida de vulnerabilidade (KRUMHOLZ, 2013). O nome dá pistas sobre a condição: é quando a hospitalização original provoca problemas de saúde. A causa da segunda internação não é a mesma da primeira. Ou seja, em vez de ser a solução, o hospital vira a causa do adoecimento.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Abordagem metodológica quantitativa, do tipo descritiva com delineamento retrospectivo, não-experimental.

#### **3.2 PARTICIPANTES**

Paciente readmitidos na clínica médica do hospital Bruno Born

#### **3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

Análise de informações do banco de dados do sistema Tazy acerca do paciente, como evoluções diárias e notas de alta

#### **3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS**

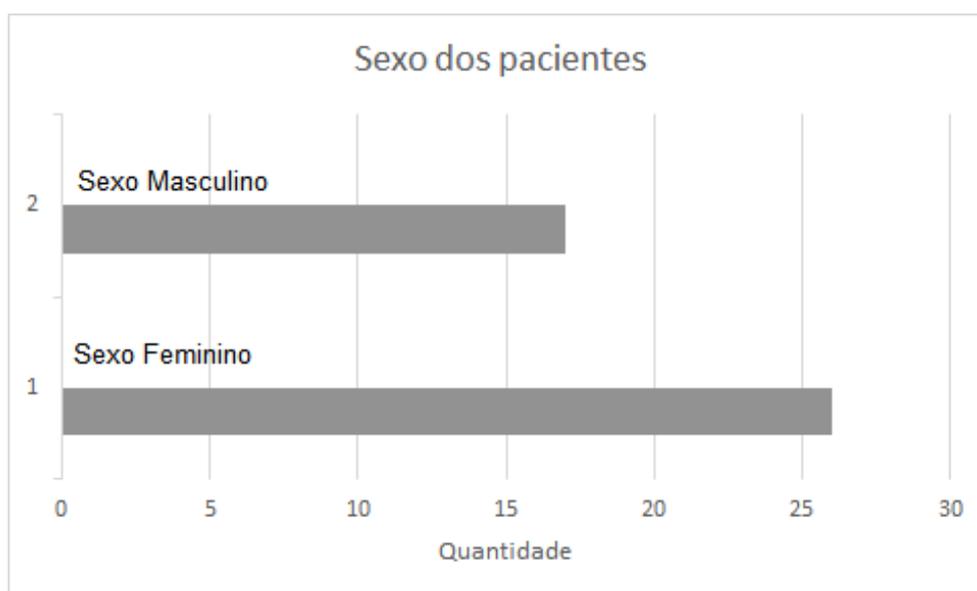
Foram solicitados à direção do hospital Bruno Born os dados referentes às internações repetidas, do mesmo usuário, identificado pelo seu número de registro, no mesmo hospital, no período de janeiro a junho de 2020.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O banco de dados, referente a pacientes com repetidas internações no Hospital Bruno Born, localizado na cidade de Lajeado, Rio Grande do Sul, no período de dezembro de 2019 a junho de 2020, registrando 43 internações com readmissões.

Na tabela 1 apresentamos a distribuição em sexos masculino e feminino referente as proporções no atendimento, onde 60,46% foram mulheres e 39,53% foram homens.

**Gráfico 1:** Sexo dos pacientes internados

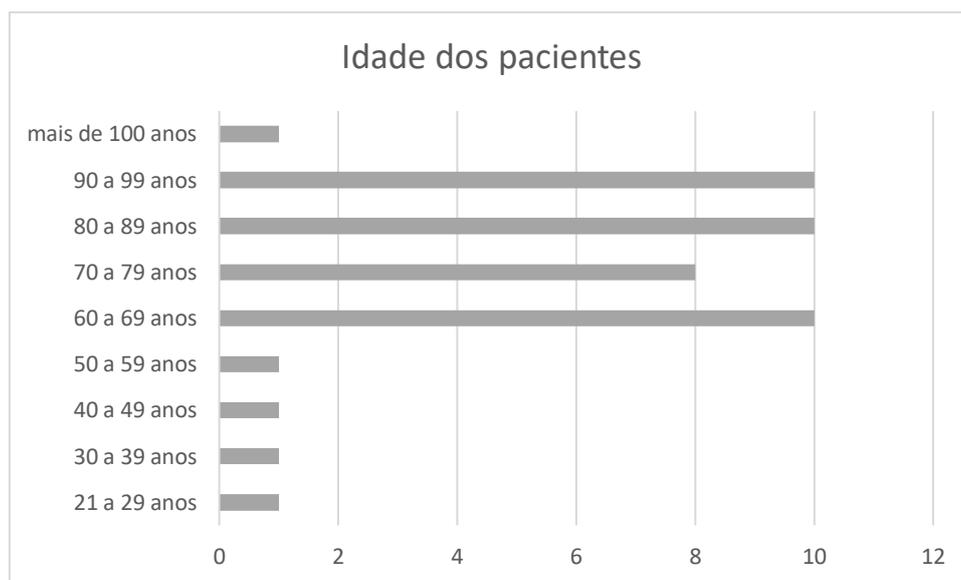


Fonte: Autoria Própria

Em relação a idade dos pacientes a média foi de 76,74 anos, três grupos de pacientes que tiveram mais readmissões hospitalares foi de 90 a 99 anos, seguido dos pacientes com 60 a 69 anos e 80 a 89 anos com 23,35% cada um e logo os pacientes com 70 a 79 anos com 18,60%.

Sobre a população idosa, cabe destacar que este grupo é responsável por 33,5% do total de internações do SUS e 37,7% dos recursos pagos pelas internações nesse sistema, sendo que a razão de custo das internações por habitante, aumenta em razão da idade (LOYOLA FILHO et al., 2004).

**Gráfico 2:** Idades dos pacientes



**Fonte:** Autoria Própria

Segundo Dutra et al., (2011) a internação hospitalar é um importante recurso na atenção aos idosos, fazendo parte da rede de atenção à saúde. As hospitalizações, principalmente se repetidas e prolongadas, podem produzir consequências negativas à saúde dos idosos, como diminuição da capacidade funcional, da qualidade de vida e aumento da fragilidade. A hospitalização em idosos deveria ser indicada somente quando esgotadas outras ações e serviços para o manejo adequado dos agravos à saúde.

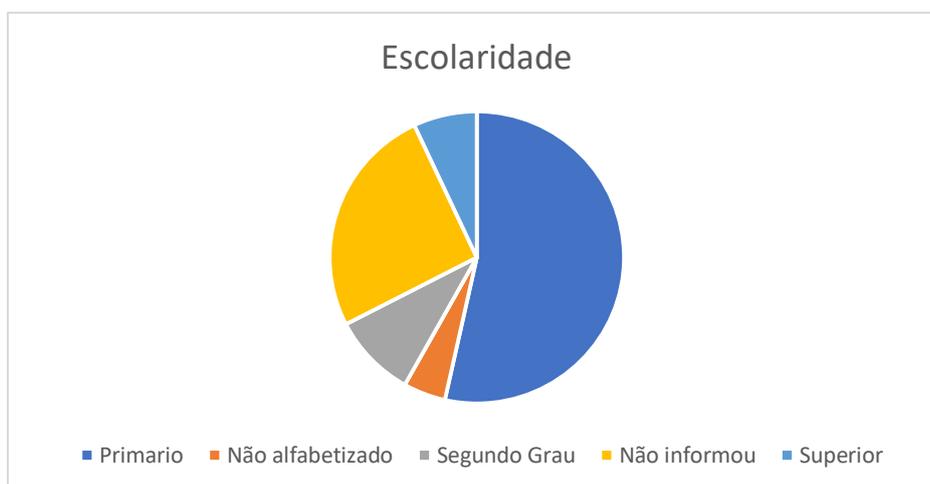
Pesquisadores e profissionais da saúde afirmam que altas taxas de readmissão podem ser associadas a problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, adesão inadequada do pacientes às recomendações dos profissionais de saúde, apoio insuficiente dos cuidadores

familiares, deterioração das condições clínicas do paciente ou devido a erros médicos. Sobre esse aspecto, acredita-se que essas readmissões possam ser prevenidas por meio de ações nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (MINOTT, 2008).

Segundo Minott (2008) entende-se por Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada.

Levando em consideração a escolaridade dos pacientes que foram atendidos e internados, pode-se afirmar que 23 pacientes (53,48%) tinham apenas o primário de formação escolares, 4 pacientes (9,30%) tinham o segundo grau completo, 3 pacientes (6,97%) tinham o superior completo, 2 pacientes (4,65%) não eram alfabetizados e 11 pacientes (25,58%) não quiseram informar a situação.

**Gráfico 3:** Escolaridade dos pacientes



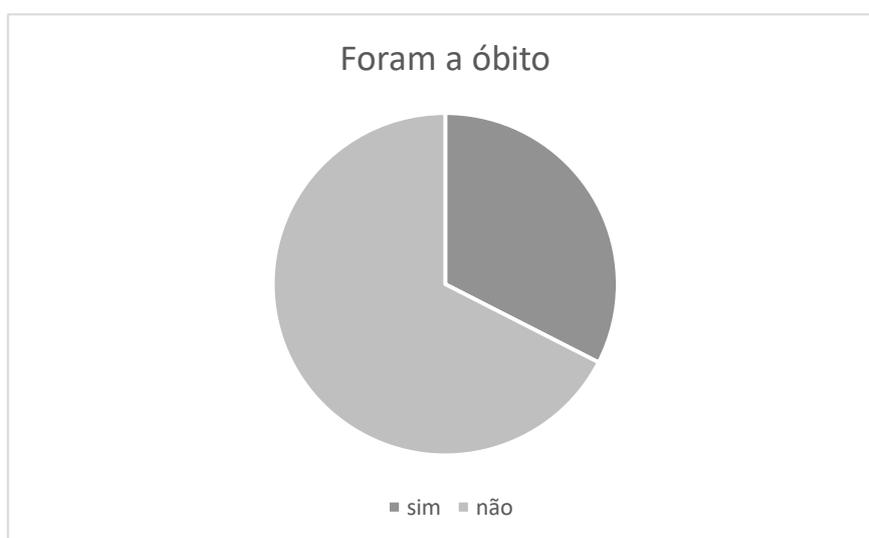
**Fonte:** Autoria Própria

Levando em consideração a saída do paciente como óbito, do total de pacientes readmitidos, 14 pacientes tiveram como condição de a saída o óbito, sendo que todos em faixa etária superior aos 65 anos.

No Brasil em estudos realizados para avaliar a influência dos diferentes fatores socioeconômicos sobre pacientes hipertensos, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (PEREIRA, 2006).

A atitude é um construto-chave, para que se possa compreender a propensão do indivíduo a adotar e manter determinados padrões de comportamento. O conhecimento é conceituado como um conjunto de informações que o indivíduo precisa dominar para administrar sua condição de saúde. No entanto, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de comportamento que envolve ainda outras variáveis, tais como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões (TORRES, 2010).

**Gráfico 4:** Pacientes que foram a óbito



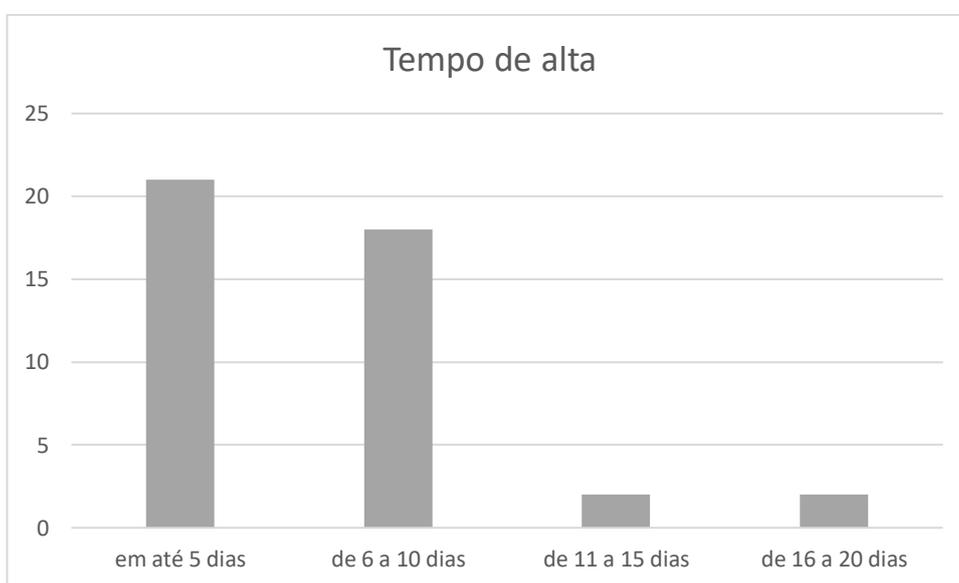
**Fonte:** Autoria Própria

Como apresenta-se no gráfico 4 acima, tiveram um total de 32,55% dos pacientes que tiveram como saída da internação hospitalar o óbito. Segundo Rodrigues et al., (2015) algumas variáveis parecem elevar a incidência de óbitos

quando o paciente permanece internado por algum tempo, como idade acima de 60 anos, sexo masculino e tempo de internação.

Com relação à permanência hospitalar, nas internações iniciais e readmissões, observou-se mínimo de 2 dias e máximo de 20 dias, com média 6,60 e mediana de 3. Predominaram as internações com tempo de permanência de até 5 dias, com 48,83%, seguido de 6 a 10 dias com 41,86%.

**Gráfico 5: Tempo de alta**



**Fonte:** Autoria Própria

Bahia (2004) apresenta que as dificuldades de hospitalização em idosos na oferta e provisão de leitos no sistema público de saúde induzem a maior ocorrência de hospitalização no sistema suplementar, principalmente para internações de menor complexidade e de menor período.

As readmissões hospitalares são definidas como a admissão hospitalar de um paciente em um mesmo hospital, após certo período de tempo. O período considerado varia na literatura, entre sete dias e um ano. Quando ocorrem precocemente podem sugerir alta hospitalar precoce e outros problemas

relacionados à qualidade do cuidado hospitalar, enquanto que readmissões tardias estão relacionadas às doenças crônicas, fatores socioeconômicos e dificuldade de acesso a serviços de saúde extra hospitalares (CASTRO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2005).

Referente ao motivo da primeira internação pode-se citar diversos pontos, os que mais apareceram foram pneumonia com 13,95%, seguido de ICC – descompensada com 11,63%, logo com 6,97% cada o manejo de dor inespecífica, pancreatite e ITU com 6,97% cada um, nos demais apareceram com 2,33% cada um dos demais motivos, que correspondem a um caso.

**Gráfico 6:** Motivo da primeira internação



**Fonte:** Autoria Própria

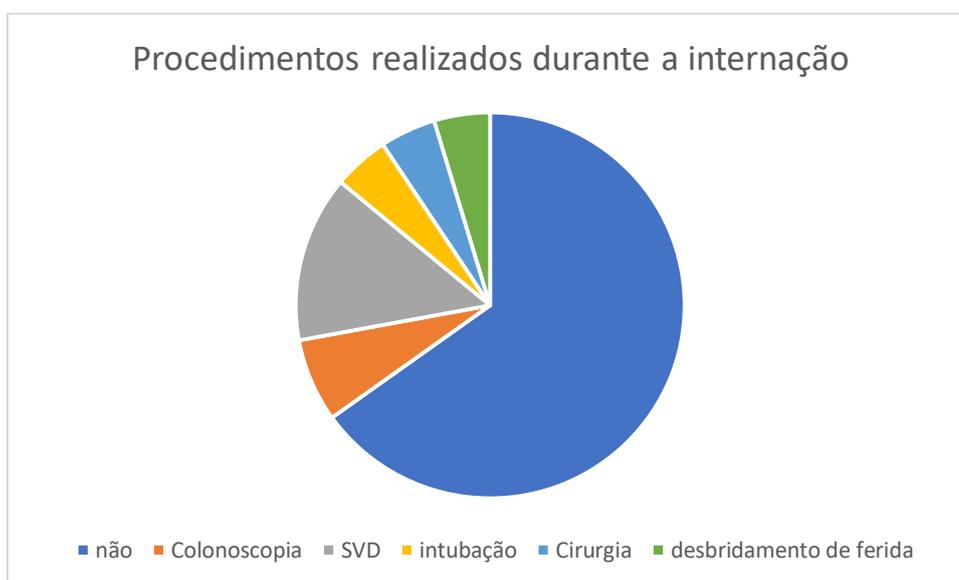
Segundo o Hospital Municipal de Cuiabá em 2018, o número de internações por doenças do aparelho respiratório (DAR) foi de 2.058, sendo 1.061 motivadas por pneumonia (51,55%).

A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é uma das principais causas de internações hospitalares em todo o mundo, sendo responsável por grande parte dos gastos com saúde pública. Dados epidemiológicos indicam que

a incidência de insuficiência cardíaca (IC) está aumentando progressivamente, sobretudo em idosos (CLELAND, 1999).

Referente a procedimentos realizados durante o período de internação pode-se citar que 65,11% dos pacientes não tiveram necessidade de realizar, porém 13,95% realizaram SVD, seguido de 6,97% de colonoscopia, como apresenta o gráfico 6.

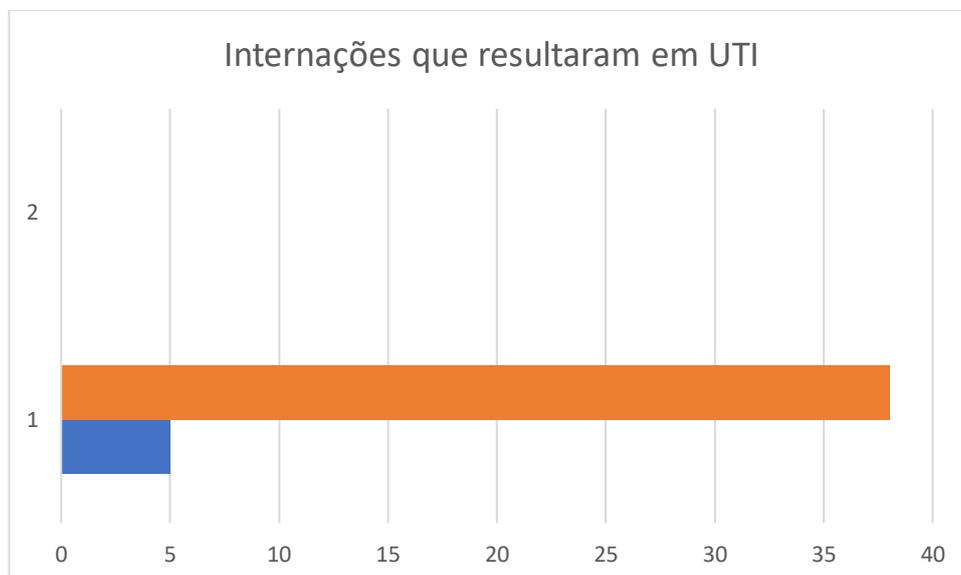
**Gráfico 7:** Procedimentos realizados durante a internação



**Fonte:** Autoria Própria

Mostrando assim que boa parte dos pacientes não precisaram realizar procedimentos durante a internação e a quantidade de pacientes que precisou realizar não teve um grande destaque em apenas um procedimento,

Referente aos pacientes que as internações resultaram em hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) podemos apresentar o gráfico abaixo, onde 38 pacientes (88,37%) não tiveram a necessidade de ter internação na UTI e 5 pacientes (11,62%) precisaram ser internados na UTI.

**Gráfico 8:** Internações que resultaram em UTI

**Fonte:** Autoria Própria

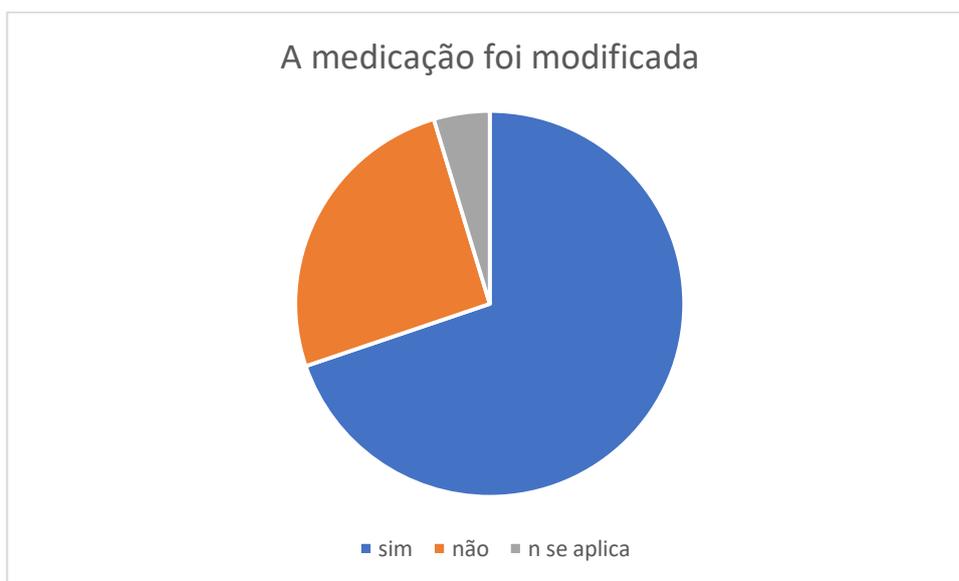
O estudo de Oliveira (2010) sobre fluxo de internações demonstrou que grande parte das internações em UTI adulta é de procedência interna, principalmente do centro cirúrgico e pronto-socorro, portanto, convergente com os dados encontrados neste trabalho. Assim sendo, o doente adentra ao hospital e após o primeiro atendimento é encaminhado à UTI.

Segundo Silva et al., (2010) com classificação pelos capítulos da CID-10, o motivo de internação mais frequente foi constituído pelo capítulo das Doenças do aparelho circulatório (23,3%), seguido de Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (21,3%). As neoplasias (tumores) foram a terceira causa de internação (15,0%) e as doenças do aparelho respiratório foram a quarta causa (9,2%); os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, foram a quinta causa (8,1%). Somados, os cinco primeiros motivos ou causas de internação totalizaram 76,9%, enquanto as demais totalizaram 23,1%.

Referente ao gráfico 8 a medicação que foi modificada durante o período de internação pode-se dizer que 30 pacientes (69,67%) teve a necessidade de

ser modificada e 11 pacientes (25,58%) não houve a necessidade e 2 não se aplicam em tal situação.

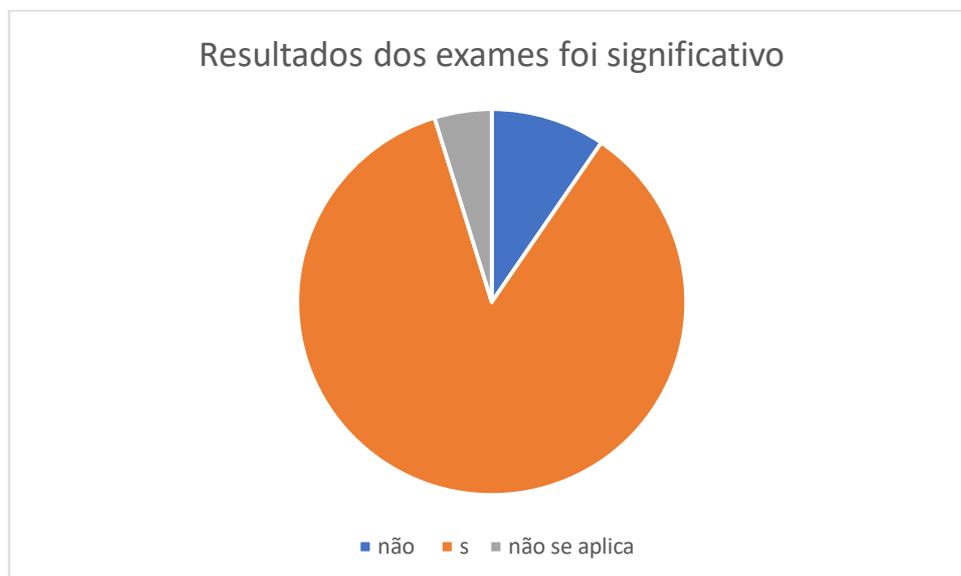
**Gráfico 9:** Medicação modificada durante a internação



**Fonte:** Autoria Própria

Quando dois medicamentos são administrados concomitantemente a um paciente, eles podem agir de forma independente entre si, ou podem propiciar aumento ou diminuição de efeito terapêutico ou de efeito tóxico de um ou de outro. As características do paciente podem favorecer a ocorrência das interações. Por exemplo, nos idosos ocorre diminuição de função renal e hepático; por esse motivo, é provável que a incidência de interações seja maior nos idosos, pela lenta eliminação dos fármacos. Além disso, nos idosos ocorre redução da proporção de água em relação ao peso total, o que pode alterar o volume de distribuição e, conseqüentemente, a farmacocinética (BRASIL, 2008).

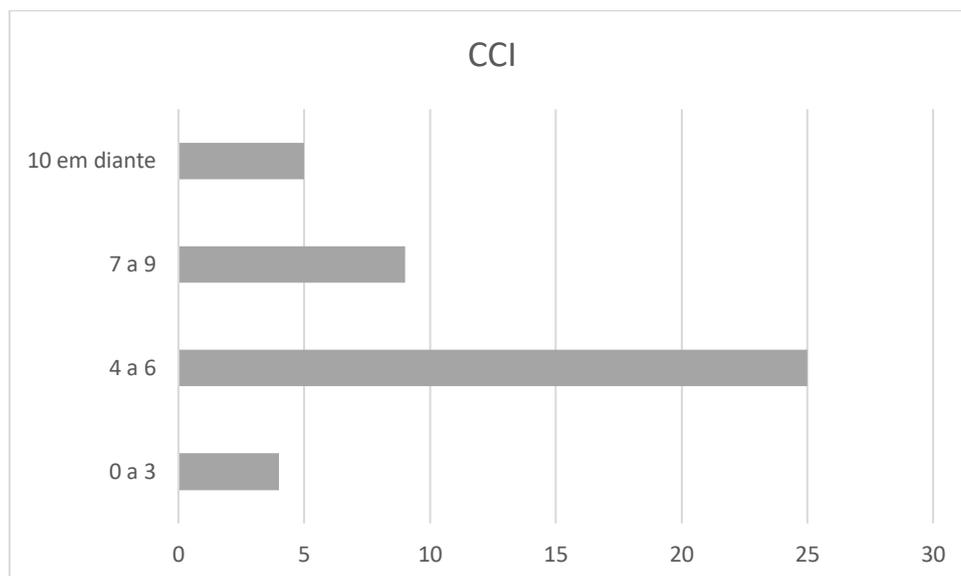
Quando analisados se os resultados dos exames foram significativos 88,37% foram significativos e apenas 9,30% não foram significativos.

**Gráfico 10:** Resultados dos exames foram significativos

**Fonte:** Autoria Própria

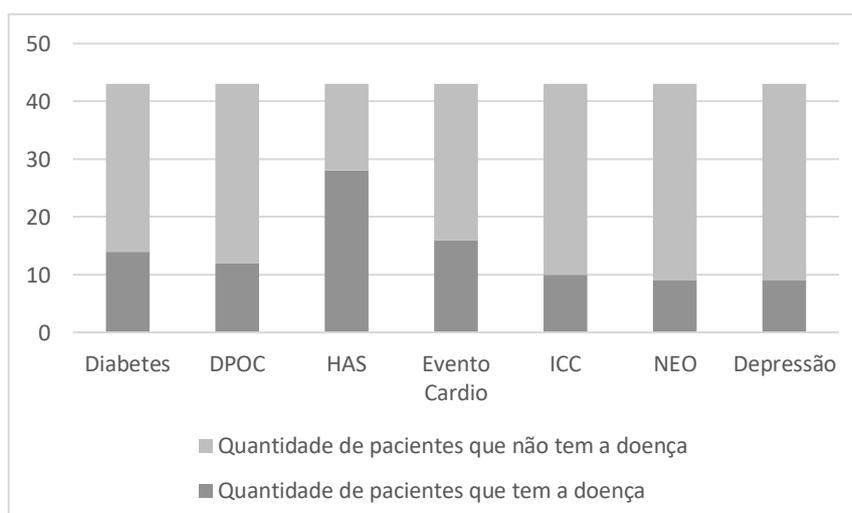
Em relação ao Índice de comorbidade de Charlson - Prediz a sobrevida de 10 anos em pacientes com múltiplas comorbidades, pode-se analisar que 25 pacientes (58,14%) tem de 4 a 6 anos, seguidos de 9 pacientes (20,93%) com 7 a 9 anos, 5 pacientes (11,63) com 10 ou mais anos e 4 pacientes (9,63) de 0 a 3 anos.

No que diz respeito à disponibilização de informações referentes às comorbidades, alguns autores apontam a subnotificação de diagnósticos secundários, o que dificulta o ajuste dos indicadores de resultado segundo a gravidade dos casos; desta forma chamam atenção para necessidade de padronização e melhoria da qualidade do preenchimento de prontuários e folhas de alta (MELO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004; MONTEIRO, 2008).

**Gráfico 11: Índice de comodidade Charlson (CCI)**

**Fonte:** Autoria Própria

O CCI emprega pesos de 0 a 6 a comorbidades selecionadas, ponderando o risco de morrer, quanto maior for a pontuação do estrato do paciente, maior a chance de morrer. Entre as comorbidades que foram selecionadas estão, diabetes, DPOC, HAS, Evento cardiovascular, ICC, NEO e depressão, como apresentadas no gráfico abaixo.

**Gráfico 12: Comorbidades**

**Fonte:** Autoria Própria

Pode-se discutir que 32,55% dos pacientes apresentavam diabetes, 27,90% dos pacientes apresentavam DPOC, 65,11% dos pacientes tinham HAS, 37,20% dos pacientes tinham Evento cardiovascular, 23,25% dos pacientes tinham ICC e 20,93% dos pacientes tinham NEO e depressão cada um. Apresentamos na tabela abaixo a quantidade de diagnóstico que os pacientes tinham.

**Tabela 1: Quantidade de diagnósticos**

**QUANTIDADE DE DIAGNÓSTICOS**

<b>0</b>	8
<b>APENAS 1</b>	6
<b>2</b>	9
<b>3</b>	12
<b>4</b>	6
<b>5</b>	1
<b>6</b>	1

**Fonte:** Autoria Própria

Percebendo-se assim que 27,90% dos pacientes tinham 3 diagnósticos de doenças do ICC, seguido por 20,93% de pacientes com 2 diagnósticos, 18,60% dos pacientes com nenhum diagnóstico e 13,95% dos pacientes com um ou 4 diagnósticos.

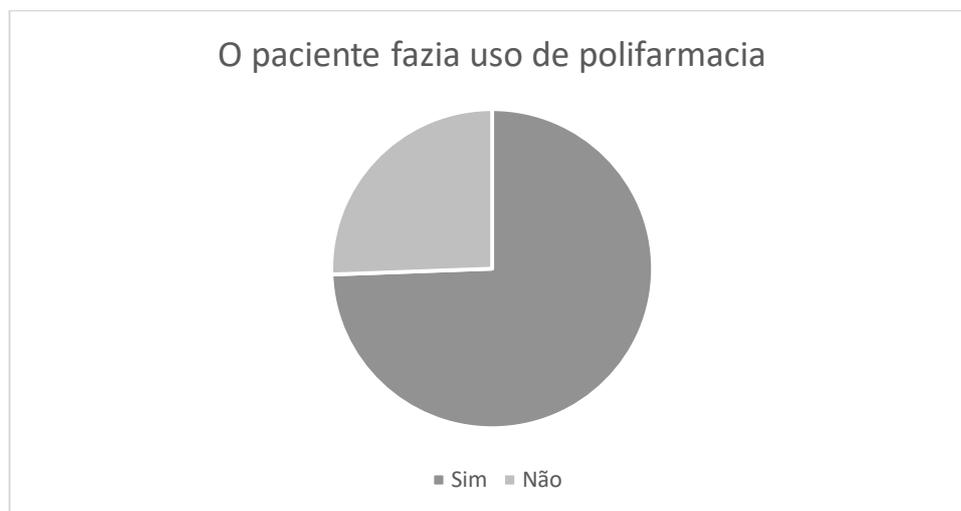
**Gráfico 13:** Motivo da internação foi o mesmo de outra recente



**Fonte:** Autoria Própria

Conforme pode-se perceber no gráfico acima 79% dos pacientes não tiveram o mesmo motivo de internação de uma outra recente, o que se pode perceber que o quadro do paciente teve como complicação outra doença.

Após indagou-se os pacientes a respeito da medicação que os mesmos utilizavam e constatou-se como apresentamos no gráfico abaixo que uma quantidade significativa de pacientes 74,9% fazia o uso de polifarmácia no seu cotidiano.

**Gráfico 14:** O paciente fazia uso de polifarmácia

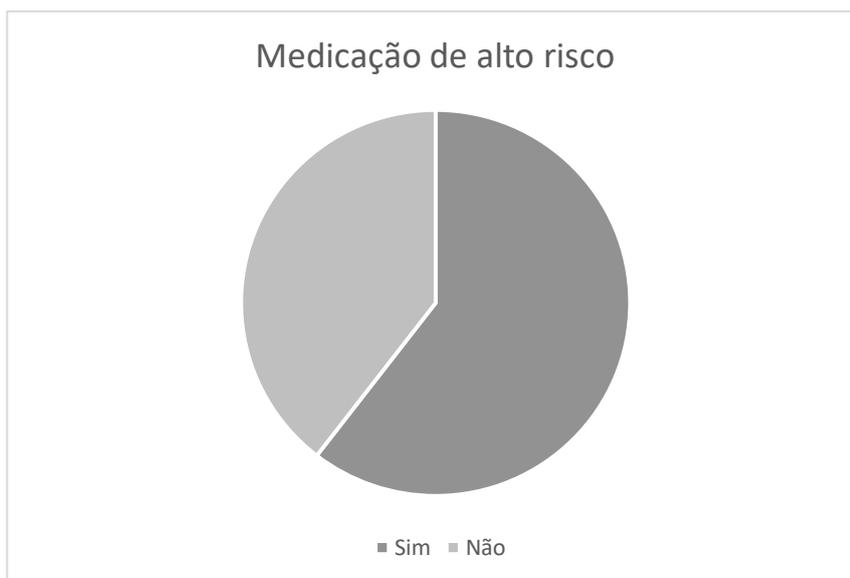
**Fonte:** Autoria Própria

O uso de múltiplos medicamentos, ou polifarmácia, é comum e crescente na prática clínica, principalmente em pessoas acima de 65 anos. Este crescimento relaciona-se a vários fatores, como o aumento da expectativa de vida e o conseqüente aumento da multimorbidade, à maior disponibilidade de fármacos no mercado e de linhas-guia que recomendam o uso de associações medicamentosas para o manejo de várias condições de saúde, como a hipertensão e o diabetes mellitus. A associação otimizada de fármacos, prescritos de acordo com a melhor evidência disponível, pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida. Porém, algumas terapias são inadequadas e podem ocasionar reações adversas e interações medicamentosas (CARVALHO, 2012).

Álvares et al., (2017) um dos desafios para a discussão sobre o uso seguro de associações medicamentosas é a ausência de uma definição de polifarmácia universalmente aceita. A maioria dos conceitos identificados por Bushardt et al. (2008) relacionam o termo ao uso exacerbado e inapropriado de medicamentos. Dentre as razões que explicam esta prática, destacam-se os tratamentos não baseados em evidências, a adoção de combinações com

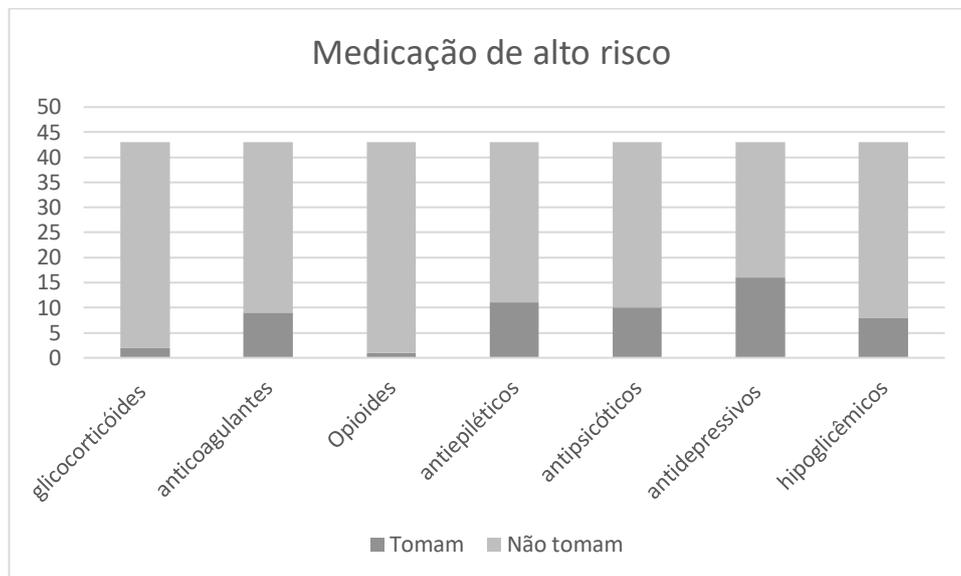
potenciais interações medicamentosas; o tratamento farmacológico dos efeitos secundários de outros medicamentos; e a prescrição simultânea, por vários médicos, sem que ocorra a necessária conciliação terapêutica para o paciente.

**Gráfico 15:** Medicação de alto risco



**Fonte:** Autoria Própria

Ainda se chama a atenção para o gráfico abaixo sobre a quantidade de pacientes que tomam medicação de alto risco em 60,8%. Segundo Charlesworth (2015) evitar o uso de medicamentos inadequados e de alto risco é uma estratégia importante, simples e eficaz para reduzir os problemas relacionados ao tratamento medicamentoso, principalmente em idosos. Porém, há importantes lacunas no conhecimento sobre este fenômeno, sendo as melhores evidências oriundas dos ambientes hospitalares.

**Gráfico 16:** Medicação de alto risco

**Fonte:** Autoria Própria

Nos últimos anos houve aumento expressivo da polifarmácia geriátrica. Esse grupo normalmente possui elevado índice de comorbidades, alto risco para prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados e são mais suscetíveis à perda de doses ou erros de administração, o que compromete a adesão ao tratamento (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012).

Além disso, apresentam estado nutricional muitas vezes comprometido e alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao processo de envelhecimento. Essas características justificam a maior vulnerabilidade dos idosos à ocorrência de eventos adversos, redução de eficácia terapêutica e risco aumentado de interações medicamentosas. Estudos observacionais têm evidenciado uma forte relação entre o uso de medicamentos potencialmente perigosos e desfechos em saúde desfavoráveis, tais como EAM (delírio, sedação, hemorragias gastrointestinais, quedas e fraturas), hospitalização e morte.

**Gráfico 17: Motivo da segunda internação**

**Fonte:** Autoria Própria

Na segunda internação, poucos pacientes voltaram devido aos mesmos motivos da primeira. O que mais surgiram foi pneumonia e ITU, com 9,30% cada um, seguido de sepsse foco – urinário e desidratação com 4,65% cada um e logo ICC – descompensada, manejo de dor inespecífica, pancreatite, sepsse foco pulmonar, insuficiência renal, os demais motivos apareceram com 2,32%.

As doenças crônicas, em especial diabetes, câncer e doenças respiratórias, embora sejam apontadas, globalmente, como principais causas de morte e incapacidades, são negligenciadas nos sistemas de saúde; sendo necessária a implementação de políticas intersetoriais e integração dos serviços de saúde (GENEAU et al., 2010; PAIM et al., 2011).

No país, o enfrentamento dessas doenças é focado na resolução de casos agudos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008), acarretando prejuízos socioeconômicos e internações desnecessárias, tais como as internações por condições sensíveis a Atenção Primária que são consideradas condições que não evoluiriam para internação hospitalar, se os serviços de Atenção Básica fossem efetivos e acessíveis (BITTAR, 2015).

**Tabela 2:** Internações evitáveis

<b>Internações evitáveis</b>		
<b>Sim</b>	19	45%
<b>Não</b>	24	55%

**Fonte:** Autoria Própria

Na tabela 2 acima apresenta-se a quantidade de internações que poderiam ter sido evitáveis, onde pode-se citar que quase metade das mesmas, 45% poderiam ser evitadas por algum motivo, tanto de atenção e cuidado do paciente, como procura de um atendimento com antecedência antes do agravo de tal situação.

Achados do presente estudo mostram que 14,73% representaram as internações por insuficiência cardíaca no sexo feminino, enquanto 17,39% foi no sexo masculino. Segundo Rich (2005) e Santos (2011), nos idosos a insuficiência cardíaca desenvolve-se mais nas mulheres do que nos homens, ao contrário do que se verifica nas faixas inferiores.

Em uma pesquisa realizada no estado do Espírito Santo, registrou-se que os grupos de causas de gastroenterites infecciosas, infecção no rim e trato urinário e diabetes melitus estiveram também entre os principais motivos de internações evitáveis (PAZÓ et al., 2012).

Diante da realidade atual de transição demográfica e epidemiológica e a partir dos resultados encontrados, é visível a necessidade e a importância do sistema de saúde estar preparado para atender as necessidades de saúde da população idosa, sobretudo na qualificação da APS, podendo contribuir na redução do número de internações por causas evitáveis através de ações de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, assim como maior atenção ao controle de infecções do rim e do trato urinário e das gastroenterites infecciosas e complicações.

## REFERÊNCIAS

ÁLVARES J, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev. Saúde Pública**. 2007;51 Supl. 2:4s.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. **Update Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel**. J Am Geriatr Soc. 2012;60(4):616-31.

BAHIA, L. **Saúde suplementar** no. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2004.

BITTAR, O. J. N. V. Saúde e atenção primária. **Valor Econômico**, p. 24, 2015.

BORGES, M.F.; TURRINI. **Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 453-461. 2011.

BRASIL. **Resolução 466/12. Dispõe sobre as diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2008.

BUSHARDT RL. **Polypharmacy**: misleading, but manageable. Clin Interv Aging. 2008;3(2):383-9.

CARVALHO, et al., **Estudo da gravidade dos casos pelo índice de comorbidade de Charlson corrigido para Idade (ICC) nos hospitais da região de Ribeirão Preto nos Anos de 2007 e 2008**. 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012.

CASTRO, M. S. M.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. **Cad. Saude Pública**, v. 21, n. 4, p. 1186-1200, 2005.

CHARLESWORTH CJ. **Polypharmacy among adults aged 65 years and older in the United States: 1988-2010**. J Gerontol A Biol Med Sci. 2015;70(8):989-95.

CLARKE. **Are readmissions avoidable?** - BMJ 1990 Nov 17; 301(6761): 1136-1138. 1990.

DUTRA MM. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. **Rev Saude Publica**. 2011;45(1):106-12.

GENEAU, R. et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: A political process. **The Lancet**, v. 376, n. 9753, p. 1689–1698, 2010.

KOSSOVSKY, M.P. et al. **Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine**. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 52, n.2, p.151- 156. 1999.

KRUMHOLZ, H. M. Post-Hospital Syndrome – A Condition of Generalized Risk. **The New England Journal of Medicine**, 368(2), 100–102. 2013.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Hospital Performance in Brazil**. Washington D. C.: The World Bank, 2008.

LOYOLA FILHO, A. I. DE et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229–238, 2004.

MELO, E. C. P.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio, Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 385–391, jun. 2004.

MINOTT J. **Reducing hospital readmissions**. *Academy Health*; 2008.

MONTEIRO, R. A. **Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados** [dissertação]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

PAIM, J. et al. The Brazilian Health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 10 ved. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

RODRIGUES et al. **Ideia de ‘sofrimento’ e representação cultural da doença na construção da pessoa**. In: Duarte, Luiz F. D. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 137-149. 2015.

SILVA, M. C. DA; SOUSA, R. M. C. DE; PADILHA, K. G. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 911–919, 2009.

TORRES HC. **Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado**. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(1):48-54.