UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BRUNA MORENO DIAS

Readmissão hospitalar como indicador de qualidade

RIBEIRÃO PRETO

2015

BRUNA MORENO DIAS

Readmissão hospitalar como indicador de qualidade

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientador: Carmen Silvia Gabriel

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dias, Bruna Moreno

Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. Ribeirão Preto, 2015.

76 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Carmen Silvia Gabriel

1. Readmissão do Paciente. 2. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Hospitais.

DIAS, Bruna Moreno

Readmissão hospitalar como indicador de qualidade

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha mãe, Miriam,
por sua dedicação, zelo e apoio em cada
etapa vivida.*

Agradecimentos

À prof. Marcia Regina Antonietto (*in memoriam*), por me apoiar no desenvolvimento do projeto e ingresso no Programa;

À prof. Carmen Silvia Gabriel, por sua tolerância, orientação e apoio neste e em outros projetos;

Ao Centro de Processamento de Dados Hospitalares e ao Serviço de Arquivos Médicos dos hospitais participantes, pela contribuição na coleta de dados;

À Miyeko Haishida, pela colaboração na análise dos dados;

À minha família Moacir, Ermelinda, Miriam, Rafael, Guilherme e Márcio, por sempre me apoiarem e confiarem em mim;

Às amigas Ana, Camila, Carolina, Heloísa, Natalia, Sabrina e Silvana; companheiras e conselheiras.

RESUMO

DIAS, B. M. **Readmissão hospitalar como indicador de qualidade.** 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Readmissão hospitalar é definida como a admissão hospitalar de um paciente em um mesmo hospital, após sua alta. Tal conceito tem sido utilizado como indicador de desempenho nos sistemas de saúde, podendo refletir a qualidade da assistência, além de permitir o monitoramento de acesso inadequado ou excessivo às internações hospitalares. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Entende-se que o estudo das readmissões hospitalares permite monitorar resultados e ações gerenciais das organizações de saúde, auxiliando na alocação de recurso, garantia de acesso e oferta adequada de serviços e ações de saúde. A adoção do indicador como medida de qualidade é crescente nos Estados Unidos da América, e, recentemente, em alguns países da Europa, embora haja estudos controversos ou inconclusivos acerca da utilização como indicador de qualidade. Desta forma, o objetivo deste estudo foi investigar as readmissões hospitalares de um município de grande porte, por meio de pesquisa descritiva de delineamento quantitativo. O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, polo assistencial e referência de média e alta complexidade para os 26 municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII, com dados provenientes Centro de Processamento de Dados Hospitalares / Observatório Regional de Atenção Hospitalar e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico dos hospitais. O banco de dados foi composto por 38.145 registros internações, decorrentes de internações repetidas do mesmo usuário em um dos 11 hospitais participantes, no decorrer do ano de 2011. Das internações identificadas, 16.123 foram classificadas como readmissões hospitalares. A taxa de readmissão para o município foi de 14,2%, variando entre 2,1 a 31,7%, entre os hospitais. As readmissões ocorrem no período de até sete dias após a alta da internação inicial, com tempo de permanência inferior a sete dias, tendo distribuição similar entre os sexos feminino e masculino, em pacientes adultos, que apresentam ao menos uma comorbidade. Ocorreram com maior frequência nas internações pelo SUS, em hospitais com mais de 100 leitos e elevada complexidade assistencial. As principais causas de readmissão se voltam para doenças condições relacionadas às condições crônicas, com destaque para o câncer. Na perspectiva da qualidade, tendo em vista a análise dos três hospitais participantes de programas de avaliação externa da qualidade, a adoção destes modelos aponta para redução das taxas de readmissão, quando considerado o porte e complexidade assistencial do hospital. Com base nos resultados encontrados, entende-se que a utilização como indicador de resultado deve se dar em conjunto com outros indicadores, analisados de acordo com a realidade institucional e dos fatores intervenientes, principalmente no que diz respeito a configuração e articulação dos diferentes níveis de atenção e componentes, bem como na alocação de recursos disponíveis.

Palavras-chave: Readmissão do Paciente; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Serviços de Saúde; Hospitais.

ABSTRACT

DIAS, B. M. **Hospital readmission as a quality indicator**. 2015. 76 p. Dissertation (Master's Degree) – College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2015.

Patient readmission is defined as the admission of a patient in the same hospital after discharge. This concept has been used as a performance indicator in health systems, which can reflect the quality of care, and allows monitoring of inappropriate or excessive access to hospital admission. Unnecessary readmissions indicate dysfunctional elements in the health system; result in undue risk to patients and unnecessary costs to the system. It's understood that the study of hospital readmissions allows you to monitor results and managerial actions of healthcare organizations, assisting in resource allocation, guaranteed access and adequate supply of health services and actions. The adoption of the indicator as a quality measure is growing in the United States, and recently in some European countries, although there are controversial studies or inconclusive about the use as a quality indicator. Thus, the aim of this study was to investigate hospital readmissions of a large municipality, using descriptive quantitative research design. The study was conducted in Ribeirão Preto, assistance polo and medium and high complexity reference to the 26 municipalities in the area covered by the Regional Health Department XIII, with data from Center for Hospital Data Processing / Regional Observatory of Hospital Care and from Medical Archive and Statistical Service from participant hospitals. The database consisted of 38.145 records hospitalizations resulting from repeated hospitalizations from the same user at one of 11 participating hospitals in the course of 2011. Of the identified hospitalizations, 16.123 were classified as hospital readmissions. The readmission rate for the county was 14.2%, ranging from 2.1 to 31.7% among hospitals. Readmissions occur in up to seven days after discharge from the initial hospitalization, with length of stay less than seven days, with similar distribution between the female and male, in adult patients who have at least one comorbidity. Occurred more frequently in admissions by SUS, in hospitals with over 100 beds and high complexity care. The main causes of readmission turn to diseases related conditions to chronic conditions, especially cancer. From the perspective of quality, with a view to analysis of the three participating hospitals of external quality assessment programs, the adoption of these models aims to reduce readmission rates, when considering the size and complexity of hospital care. Based on these results, it is understood that the use as a outcome indicator should be given in conjunction with other indicators, analyzed according to the institutional reality and intervening factors, particularly with regard to configuration and articulation of different levels of attention and components, as well as the allocation of available resources.

Keywords: Patient Readmission; Quality Indicators; Health Care; Health Services; Hospitals.

RESUMEN

DIAS, B. M. **Readmisión hospitalaria como indicador de calidad**. 76 p. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Readmisión hospitalaria se define como la admisión de un paciente en el mismo hospital después del alta. Este concepto ha sido utilizado como un indicador de resultados en los sistemas de salud, lo que puede reflejar la calidad de la atención, y permite el monitoreo del acceso inadecuado o ingreso excesivo en el hospital. Readmisiones innecesarias indican elementos disfuncionales del sistema de salud, dando lugar a un riesgo indebido para los pacientes y los costos innecesarios al sistema. Se entiende que el estudio de la readmisión hospitalaria le permite monitorear los resultados y acciones de gestión de las organizaciones de salud, la asistencia en la asignación de recursos, el acceso garantizado y oferta adecuada de servicios y acciones de salud. La adopción del indicador como una medida de calidad está creciendo en los Estados Unidos, y recientemente, en algunos países europeos, aunque hay estudios controvertidos o no concluyente sobre el uso como un indicador de calidad. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue investigar las readmisiones hospitalarias de un grande municipio, usando diseño de la investigación cuantitativa descriptiva. El estudio fue realizado en Ribeirão Preto, polo asistencia y referencia media y alta complejidad para los 26 municipios de la zona cubierta por el Departamento XIII Regional de Salud, con los datos del Centro de Proceso de Datos del Hospital / Centro Regional de Atención Hospitalaria y Servicio de Archivo Médico y hospitales estadísticos. La base de datos consistió en 38.145 registros de hospitalizaciones, derivadas de hospitalizaciones repetidas de un mismo usuario en uno de los 11 hospitales participantes en el curso de 2011. De las hospitalizaciones identificados, 16.123 fueron clasificados como readmisiones hospitalarias. La tasa de readmisión para el municipio era de 14,2%, que van desde 2,1 hasta 31,7% en los hospitales. Readmisiones ocurren en hasta siete días después del alta de la hospitalización inicial, con una longitud de estancia de menos de siete días, con una distribución similar entre el femenino y masculino, en pacientes adultos que tienen al menos una comorbilidad. Fueron más frecuentes en las hospitalizaciones por el SUS, en los hospitales con más de 100 camas y atención de alta complejidad. Las principales causas de readmisión fueran las enfermedades crónicas, especialmente relacionadas con cáncer. En perspectiva de la calidad, con base en análisis de los tres hospitales participantes de los programas de evaluación de calidad externos, la adopción de estos modelos tende a reducir las tasas de readmisión, cuando se considerados el tamaño y la complejidad de la atención hospitalaria. Basándose en estos resultados, se entiende que el uso como indicador de resultado debe ocurrir en combinación con otros indicadores, analizados de acuerdo con la realidad institucional y los factores de intervenir, en particular con respecto a la configuración y articulación de los diferentes niveles de atención y componentes, así como la asignación de los recursos disponibles.

Descriptores: Readmisión del Paciente; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Servicios de Salud ; Hospitales.

LISTA DE ABREVIATURAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality's
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CID	Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPDH	Centro de Processamento de Dados Hospitalares
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRS	Departamento Regional de Saúde
HRRP	Hospital Readmission Reduction Program
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSS	Índice de Desempenho na Saúde Suplementar
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
NIAHO	National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ORAH	Observatório Regional de Atenção Hospitalar
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNGS	Prêmio Nacional da Gestão em Saúde
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização de sexo por hospital na readmissão. Ribeirão Preto, 2011.	39
Gráfico 2 - Caracterização de readmissões por sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2011	40
Gráfico 3 - Intervalo de Readmissão por hospital. Ribeirão Preto, 2011.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização de instituições hospitalares no município de Ribeirão Preto, 2015.....	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização de internação inicial (n=13.606) e readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.	38
Tabela 2 - Faixa etária, internação inicial (n=13.606) e readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.	41
Tabela 3 - Caracterização de faixa etária por hospital (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.	42
Tabela 4 - Procedência de readmissão por município (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.	44
Tabela 5 - Procedência de readmissão por estado (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.	45
Tabela 6 - Taxa de readmissão por hospital, 2011 (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.	48
Tabela 7 - Readmissão com intervalo de zero dias após alta, 2011 (n=3.331). Ribeirão Preto, 2011.	49
Tabela 8 - Intervalo de readmissão. Ribeirão Preto, 2011.	50
Tabela 9 - Categorização de diagnóstico por Capítulo da CID-10, na internação inicial, (n=13.606) e readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.	52
Tabela 10 - Caracterização de diagnóstico principal por capítulo da CID, por hospital, na readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.....	54

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	15
2.1 Avaliação da Qualidade nos serviços e sistemas de saúde	17
2.2 Readmissão Hospitalar.....	19
3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	24
4 OBJETIVOS	26
4.1 Objetivo geral.....	26
4.2 Objetivos específicos	26
5 METODOLOGIA.....	27
5.1 Delineamento do estudo	27
5.2 Cenário do estudo	27
5.3 Fonte de dados	32
5.4 Coleta dos dados	33
5.5 Variáveis do estudo	34
5.6 Análise dos dados	36
5.7 Procedimentos éticos.....	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
7 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS.....	62
ANEXO.....	72

1 APRESENTAÇÃO

No desenvolvimento de pesquisas na Iniciação Científica e no Trabalho de Conclusão de Curso do programa de Residência, me deparei com as barreiras no acesso aos serviços de saúde e problemas na efetividade da assistência em saúde.

Atuando na assistência hospitalar, observei que muitos pacientes apresentavam repetidas internações hospitalares em curtos períodos de tempo.

O interesse pela temática da avaliação de serviços de saúde aumentou no desenvolvimento do curso especialização em Auditoria em Sistemas de Saúde, em que cresceu meu interesse sobre avaliação da qualidade da assistência.

Tais vivências me proporcionaram questionamentos e reflexões, motivando-me a buscar novos conhecimentos sobre como se dão estas internações repetidas de um mesmo paciente e sobre uso da readmissão hospitalar como indicador de qualidade.

Nesse sentido, espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de pesquisas na temática de avaliação em serviços de saúde e no reconhecimento de sua importância.

2 INTRODUÇÃO

Considerando o cenário hospitalar, cabe destacar a posição que essas instituições ocupam nos sistemas de saúde; realizando grande parte das ações em saúde, sendo responsáveis pela maior parte da incorporação de novas tecnologias, modos e práticas de produção (SILVA, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os hospitais são entendidos como instituições de elevada complexidade, dado aspectos como: funções e natureza dos serviços, espaço físico, diversificação e qualificação profissional, exigências múltiplas da clientela, urgência das ações, interligação e interdependência de serviços, elevados custos, etc. (DRUCKER, 1975, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010)

Atualmente o Brasil conta com 496.694 leitos hospitalares cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; dos quais 69,0% (342.658 leitos) estão disponíveis para o Sistema Único de Saúde – SUS (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015).

Embora grande parte dos leitos seja disponibilizada ao SUS, na oferta de serviços médico hospitalares observa-se o predomínio de estabelecimentos privados (com ou sem fins lucrativos), sendo que dos 279.516 estabelecimentos saúde cadastrados no CNES, 202.231 (72,4%) são da esfera privada; o que confere uma característica a este sistema em que o principal financiador é público, mas os principais prestadores são privados.

Tal assimetria é observada no financiamento dos serviços e ações em saúde. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, o setor público é responsável por 43% dos gastos em saúde, enquanto que o setor privado é responsável por 57% dos gastos; embora caiba destacar o Estado como importante ator no sistema de saúde; como provedor, financiador e regulador; além de ofertar, exclusivamente, serviços de saúde a 76% da população brasileira (BRASIL, 2011; COSTA et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Ainda com foco no financiamento, cabe ressaltar que os hospitais representam importante parcela das despesas em saúde, com impacto no desempenho do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). No que diz respeito às despesas assistenciais, para o ano de 2012, o valor total gasto pelo SUS em procedimentos hospitalares foi de 11,6 bilhões de reais, enquanto que as operadoras de planos privados de saúde tiveram gasto de 32,1 bilhões de reais em internações, para o mesmo período (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014; CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015).

Nas internações realizadas pelas operadoras de planos privados de saúde, houve, progressão do valor médio pago nas internações hospitalares, que passou de R\$3.480,42, em 2008, para R\$6.815,27 em 2013 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

Além das questões relacionadas ao financiamento e sustentabilidade dos sistemas, os desafios enfrentados na gestão hospitalar, bem como nos sistemas de saúde, se voltam para mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, avanços tecnológicos e oferta de medicamentos, recursos humanos, modelos de atenção, entre outros (VECINA NETO; MALIK, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Dada a complexidade do sistema de saúde e da assistência hospitalar, é necessário que as instituições se voltem para modelos que favoreçam a resolubilidade, eficiência e eficácia dos processos assistenciais, ou seja se voltem para busca da melhoria da qualidade dos seus resultados.

Contudo, conceituar qualidade em saúde considerando a dimensão técnica, os aspectos organizacionais e os processos gerenciais tem sido um desafio para estudiosos da área da saúde nos últimos anos (PORTELA et al., 2010) e pode-se destacar a definição de Avedis Donabedian (1988), na qual “qualidade em saúde é definida como a medida em que o cuidado prestado atinge o equilíbrio mais favorável entre riscos e benefícios”.

2.1 Avaliação da Qualidade nos serviços e sistemas de saúde

Historicamente o estudo da temática da qualidade em saúde teve início na década de 20, com o Programa de Padronização Hospitalar, proposto pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC); com evolução significativa após o término da 2ª Guerra Mundial, acompanhando o aumento da oferta de serviços, recursos, especialidades e maior complexidade assistencial (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em diversos países, a melhoria da qualidade e os processos de acreditação tornaram-se elementos intrínsecos ao discurso e atividades dos serviços de saúde, no intuito de melhorar o desempenho de suas atividades e diminuir custos (ACCREDITATION CANADA, 2012; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; POMEY et al., 2010).

Trata-se de processo voltado para avaliação, gestão e garantia da qualidade, internacionalmente reconhecido na melhoria da qualidade, eficiência e efetividade das organizações de saúde (ACCREDITATION CANADA, 2012; SCRIVENS, 1995); entendido como processo de certificação periódica, baseada em critérios pré-determinados, por meio de instrumentos como auto avaliações, visitas *in loco*, entrevistas, análise de dados administrativos e clínicos (ACCREDITATION CANADA, 2012; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008).

No Brasil, a acreditação passou a ser vista como elemento estratégico frente às iniciativas de qualidade, após início de trabalho desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na América Latina, em 1989 (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Nos anos 90, diversas instituições, públicas e privadas, se voltaram para o desenvolvimento de estratégias e programas de qualidade e acreditação, culminando no desenvolvimento de manuais, cursos, modelos de consultoria e outros tipos de materiais sobre a temática (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; MALIK; TELES, 2001).

Os diferentes programas e modelos de certificação e de acreditação desenvolvidos coexistem e utilizam sistemas de avaliação próprios, apesar de apresentarem certa similaridade. Dos modelos desenvolvidos, destacam-se: o modelo nacional de acreditação - Organização Nacional de Acreditação (ONA); e os modelos internacionais - Joint Commission International (JCI), Acreditação canadense, National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO). Além dos programas de acreditação, a avaliação externa da qualidade tem sido desenvolvida por diferentes entidades, programas e prêmios, como o PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade); CQH – Compromisso com a qualidade médico hospitalar; PNGS (Prêmio Nacional da Gestão em Saúde); e ISO (International Organization for Standardization) (SCHIESARI, 2014).

Apesar da diversidade de programas, na maioria dos hospitais brasileiros, as informações acerca da qualidade não estão disponíveis ou, quando coletados, nem sempre são analisados e utilizados na tomada de decisão (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008); e poucas instituições possuem sistemas de qualidade maduros (SCHIESARI, 2014).

Ainda que poucas instituições estejam envolvidas nos processos de qualidade, é inquestionável a contribuição dos modelos de avaliação externa para os hospitais brasileiros (SCHIESARI, 2014). Tais padrões de avaliação são importantes para o sistema como um todo, incluindo profissionais de saúde, gestores e clientes, uma vez que auxiliam no controle de custos e reduzem as variações na prática clínica, direcionando a tomada de decisões e permitindo mudanças nas ações desenvolvidas (FONTENELE, 2010; GROENE; SKAU; FRØLICH, 2008).

Na avaliação dos serviços de saúde, um dos autores de referência é Donabedian, que estabelece três categorias de análise da qualidade, a saber: estrutura, processos e resultados. A estrutura corresponde a recursos materiais, humanos e estrutura organizacional, são os atributos que permitem que ocorra a assistência; os processos são referentes à forma como os recursos são utilizados na oferta e utilização da assistência prestada; e os resultados são o efeito da assistência na saúde do indivíduo ou da comunidade. Essas três dimensões estão interligadas, portanto se faz necessário o conhecimento de como ocorrem, para que haja a avaliação da qualidade (DONABEDIAN, 1988).

Uma ferramenta imprescindível para avaliação de qualidade constitui-se na adoção de indicadores, que consiste na medição do desempenho de funções, sistemas ou processos, referente a condição ou direção do desempenho de um processo ou alcance de uma meta ao longo do tempo (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).

Os indicadores de desempenho, definidos e medidos de forma fidedigna, apontam a real situação da organização, uma vez que auxiliam elaborar e monitorar as ações gerenciais; possibilitam a quantificação dos resultados, revelando se as metas e objetivos organizacionais estão sendo alcançados; definem tendências, a partir da performance atual e fornecem informações necessárias para projeções futuras e apoio à tomada de decisão (SPILLER et al., 2009).

Com a expansão do conhecimento acerca da medida de qualidade, diversos indicadores foram desenvolvidos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007). Diante dos inúmeros indicadores disponíveis, a escolha da sua utilização envolve análise crítica do avaliador (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Os indicadores de resultados, que anteriormente se centravam em mortalidade e complicações, recentemente tem sido ampliados, incluindo indicadores como readmissões hospitalares e qualidade de vida (LAZAR; FLEISCHUT; REGAN, 2013), sendo que a Organização Mundial de Saúde destaca o desenvolvimento de programas para aplicação e interpretação de indicadores, com o intuito de monitorar processos e resultados, principalmente no meio hospitalar; entre os indicadores apontados, destaca-se para este estudo as readmissões hospitalares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

2.2 Readmissão Hospitalar

As readmissões hospitalares tornaram-se um importante indicador de resultado, sendo cada vez mais utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados

prestados; além de permitir monitorar o acesso inadequado ou excessivo às internações hospitalares (LAZAR; FLEISCHUT; REGAN, 2013; VAN WALRAVEN et al., 2011) (BIANCO et al., 2012).

Readmissões hospitalares desnecessárias acarretam custos desnecessários e riscos indevidos aos pacientes (CASTRO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2005). Tal como destacado na literatura, as readmissões podem indicar elementos disfuncionais no sistema de saúde, como a vulnerabilidade do paciente ou a falta de recursos; além de serem caras, evitáveis e perigosas (CYKERT, 2012).

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).

Ainda que relacionadas ao paciente e sua condição, as readmissões podem ser utilizadas como indicador de qualidade, a medida que envolvem vários fatores ligados à dinâmica da assistência multiprofissional e do serviço onde ela é realizada (BORGES; TURRINI, 2011).

Uma das dificuldades encontradas na utilização do indicador é a falta de consenso na sua definição, acerca do intervalo de tempo entre a internação inicial e a readmissão, na categorização como urgente ou planejada ou na necessidade de relacionar diagnóstico da internação inicial com o da readmissão (JIMÉNEZ-PUENTE et al., 2004).

A falta de definição clara do indicador dificulta a comparação entre instituições, e a literatura aponta taxas de readmissão hospitalar média de 27,1%, variando entre 5 e 79% (VAN WALRAVEN et al., 2011).

No que diz respeito ao intervalo de tempo entre a alta da internação inicial e a readmissão, a maior parte das readmissões consideradas evitáveis ocorrem em até um mês; desta forma, na utilização do indicador, é recomendado intervalo de até 30

dias, como sendo mais adequado (BENBASSAT; TARAGIN, 2000; BORGES; TURRINI, 2011; MAURER; BALLMER, 2004). Fischer, Anema e Klazinga (2012) afirmam que o período de até 30 dias é considerado pela maioria dos estudos validados.

No que tange a avaliação da qualidade, frente a outros indicadores de resultados, tal como a taxa de mortalidade, a taxa de readmissão é mais sensível e pode ser aplicadas em todas as especialidades (JIMÉNEZ-PUENTE et al., 2004). A monitoração do indicador é de fácil acesso, por meio da utilização de banco de dados administrativos (FISCHER; ANEMA; KLAZINGA, 2012; JIMÉNEZ-PUENTE et al., 2004).

Dos estudos sobre a utilização do indicador, há certa controvérsia nas conclusões, de tal forma que alguns autores associam as readmissões hospitalares com a qualidade, outros afirmam que não há relação e, um terceiro grupo não é conclusivo (JIMÉNEZ-PUENTE et al., 2004).

Ainda assim, é crescente a adoção do indicador como medida de qualidade, nos Estados Unidos da América, e, recentemente, em alguns países da Europa (FISCHER; ANEMA; KLAZINGA, 2012).

Entendidas como indicador de qualidade, as readmissões também tem sido aplicadas em conjunto com incentivos financeiros, aliando remuneração ao desempenho institucional (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007); almejando qualidade, acesso e redução de custos, como proposto no programa de redução de readmissões hospitalares (Hospital Readmission Reduction Program - HRRP), do modelo “Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)”, vigente nos EUA.

Nesse programa, os hospitais participantes que apresentam baixo desempenho, medido, entre outros fatores, pelas altas taxas de readmissão, sofrem penalidades financeiras, com cortes no reembolso para readmissões em até 30 dias, para determinado grupo de doenças, tais como insuficiência cardíaca, pneumonia e infarto agudo do miocárdio (CYKERT, 2012; SRIVASTAVA; KEREN, 2013).

No Brasil, também observa-se a utilização de distintos termos e períodos, dificultando a comparação entre hospitais e a utilização da taxa de readmissão como indicador de qualidade (BORGES; TURRINI, 2011).

Alguns estudos de taxa de readmissão tem recorte para readmissões em Unidade de Terapia Intensiva, considerando repetidas admissões neste setor, em uma mesma internação; além de discutir este indicador junto a outros indicadores de desempenho, tal como taxa de mortalidade; ambos com foco na assistência prestada pela Unidade de Terapia Intensiva (ARAUJO et al., 2013; JAPIASSÚ et al., 2009; SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011).

Nos estudos das readmissões hospitalares, alguns autores adotam o termo reinternação; e adotam diferentes intervalos entre a alta da internação inicial e a próxima internação. O período tomado como referencia nesses estudos varia de 7 dias a 24 meses (ALVARENGA; MENDES, 2003; BORGES; TURRINI, 2011; ROCHA; SIMÕES; GUEDES, 1997; VALERA; TURRINI, 2008); ou até mesmo sem intervalo definido, como no estudo de Castro, Carvalho e Travassos (2005), que toma como base o período de 1996 a 2000.

Embora não apresentem definição do indicador ou a medida das taxas nesses hospitais, Portela et al. (2010) afirmam que o controle das reinternações é realizado por prestadores hospitalares do sistema de saúde suplementar, sendo que da amostra estudada, 27,2% dos hospitais realizam o seu monitoramento.

Na avaliação de desempenho hospitalar, o Programa CQH adota a taxa de reinternação hospitalar como indicador de qualidade, tomando como base as reinternações não programadas no prazo de 15 dias pela mesma causa da saída anterior (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2009). Enquanto que, para Borges e colaboradores (2008), a reinternação precoce, como indicador de qualidade da assistência, é medida no prazo de 7 dias.

Diante da variedade de definições, este estudo adota como readmissões hospitalares as repetidas internações hospitalares do mesmo usuário, que ocorrerem no período de até 30 dias após a alta hospitalar, na mesma instituição. O intervalo de até 30 dias foi estabelecido com base em referenciais bibliográficos internacionais, que apontam que, embora não haja um consenso acerca do período,

tal intervalo tem sido mais utilizado e considerado como apropriado (FISCHER; ANEMA; KLAZINGA, 2012; MAURER; BALLMER, 2004).

3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Estudos com esta temática tem ganhado relevância no cenário internacional, embora ainda sejam escassos na literatura brasileira. Tais estudos apontam uma variedade de definições, indicando uma lacuna no conhecimento.

A avaliação de resultados assistenciais, tais como a taxa de readmissão hospitalar, possui relevância social e econômica, uma vez que permite conhecer os determinantes individuais para o fenômeno em estudo, bem como compreender fatores externos, de impacto na saúde da população, no sentido de solucionar problemas de saúde, além de possibilitar a análise de custos desnecessários no sistema de saúde.

Castro, Carvalho e Travassos (2005) reforçam a importância de conhecer as readmissões hospitalares, pelo fato de representarem altos níveis de custos hospitalares, principalmente em países como Brasil, que possui orçamento limitado disponível para os cuidados de saúde, além de garantir acesso universal a cuidados hospitalares, para aqueles que necessitarem, tornando essencial a avaliação de tais serviços.

Os estudos de resultados assistenciais permitem ainda identificar pacientes e doenças com risco elevado, possibilitando a tomada de decisão, redefinição de estratégias e manejo clínico, melhora do desempenho dos profissionais, intervenções específicas, instituição de políticas públicas, entre outras.

A partir das considerações anteriores entende-se que o estudo das readmissões hospitalares, num foco de avaliação da qualidade dos serviços, trata-se de temática relevante no escopo de estudos que contemplam a linha de pesquisa de Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem, na qual este estudo esta inserido, fortalecendo atividades desenvolvidas no âmbito da avaliação de serviços de saúde.

Desta forma, o presente estudo pretende responder às questões: Qual é a taxa de readmissão hospitalar e seu perfil? Existe relação entre a variação da readmissão para cada instituição? Quais fatores podem ocasionar/influenciar essa variação?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar as readmissões hospitalares de um município de grande porte.

4.2 Objetivos específicos

- Quantificar as taxas de readmissão hospitalar para o município, segundo as variáveis de interesse;
- Caracterizar as readmissões hospitalares quanto aos diagnósticos e variáveis sócio-demográficas.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

O estudo foi desenvolvido na abordagem metodológica quantitativa, do tipo descritiva com delineamento retrospectivo, não-experimental.

O delineamento de pesquisa não-experimental é utilizado em situações em que o investigador deseja construir um retrato de um fenômeno, explorar eventos, pessoas ou situações de uma maneira natural. A pesquisa descritiva é, frequentemente, um meio de coletar uma grande quantidade de dados sobre o problema investigado; com a finalidade de observar, descrever e documentar o fenômeno estudado (POLIT; BECK, 2011), por meio da observação da distribuição de um evento e como as situações estão ocorrendo em uma população, em termos quantitativos (PEREIRA, 2006).

5.2 Cenário do estudo

O município de Ribeirão Preto está localizado na região nordeste do estado de São Paulo, com população estimada de 658.059 habitantes para o ano de 2014 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015 a)

O município se destaca como polo de atração de atividades comerciais e prestação de serviços, além de se configurar em um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país, com destaque para área da saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

No que diz respeito à rede de serviços de saúde, esta estruturada em serviços privados, serviços públicos estaduais e municipais, e filantrópicos; compondo ampla rede de atenção à saúde.

A conformação da rede municipal de saúde se dá em cinco distritos de saúde (norte, sul, central, leste e oeste), em que se encontram distribuídas 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 Unidades de Saúde da Família, com um total de 21 Equipes de Saúde da Família (ESF), 26 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 19 unidades hospitalares (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015; RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Somados os diversos tipos de estabelecimentos de saúde, públicos e privados, disponíveis no município, totalizam 1.920 estabelecimentos; entre hospitais, policlínicas, laboratórios, consultórios, etc. (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015).

O município pertence à área de abrangência do DRS XIII (Departamento Regional de Saúde), composto por 26 municípios, a saber: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporá, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho; totalizando 1.436.463 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015a; RIBEIRÃO PRETO, 2013)

Ribeirão Preto é polo assistencial regional, portanto, referência em ações e serviços de saúde de média e alta complexidade para a população do DRS XIII, além de ser referência para outros DRS e também outros Estados, em determinados procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade, tanto na rede pública, como na rede privada (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Na assistência hospitalar, o DRS XIII conta com 3.777 leitos, sendo 65.45%, 2472 leitos, disponíveis para o SUS. Do total de leitos oferecidos, 2.424 (64,18%) estão no município de Ribeirão Preto (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015).

O município possui 19 hospitais; suas características são apresentadas no Quadro 1.

Fazem parte deste estudo os hospitais: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, e K, escolhidos intencionalmente .

De modo geral, pode-se dizer que os hospitais participantes são hospitais gerais, que atendem demanda espontânea e referenciada, de pacientes SUS e não SUS, nas diversas especialidades, de alta complexidade; sendo que seis deles exercem atividades auxiliares de ensino.

No que diz respeito a participação em programas externos de avaliação da qualidade e acreditação, dos participantes, um hospital possui Selo de Conformidade Qualidade do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), hospital A, e dois hospitais são acreditados, ambos pela metodologia da ONA, hospitais E e G.

Dos hospitais participantes, apenas dois são especializados, Hospital D e F, atendendo as especialidades de Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria.

Dos hospitais listados no Quadro 1, não fazem parte deste estudo: os hospitais: L, M, N, O, P, Q, R e S.

O hospital N foi retirado da amostra do estudo, devido ao perfil de readmissão dos pacientes psiquiátricos ser fora da curva de normalidade dos perfis de outras especialidades.

Os demais hospitais (L, M, O, P, Q, R e S) não possuem, para o ano em estudo, dados junto ao Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) / Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH).

Cabe destacar que os hospitais C e G também não possuem dados junto ao CPDH/ORAH para o ano em estudo, entretanto, dada a relevância dessas instituições na assistência hospitalar do município e o aceite das instituições em participar do estudo, os mesmos foram incluídos, seguindo etapas apresentadas nos próximos tópicos.

Hospital	Caracterização
Hospital A	Hospital geral, público, de alta complexidade. Exerce atividades de ensino (hospital universitário). Capacidade de 855 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Possui Selo de Conformidade do Programa “Compromisso com a Qualidade Hospitalar” desde 2010.
Hospital B	Hospital geral, privado, filantrópico, sem fins lucrativos, de alta complexidade. Exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 155 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital C	Hospital geral, privado, com fins lucrativos, de alta complexidade. Não exerce atividades de ensino. Capacidade de 59 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital D	Hospital especializado (Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria), privado, filantrópico, sem fins lucrativos, de alta complexidade. Não exerce atividades de ensino. Capacidade de 103 leitos. Atendimento de demanda espontânea. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital E	Hospital geral, privado, com fins lucrativos, de alta complexidade. Exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 163 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Acreditado ONA nível 2 (Acreditado pleno), desde fevereiro de 2012.
Hospital F	Hospital especializado (Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia), público, de média complexidade. Exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 56 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital G	Hospital geral, privado, com fins lucrativos, de alta complexidade. Não exerce atividades de ensino. Capacidade de 102 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Acreditado pela ONA desde 2001, obteve nível 3 (Acreditado com excelência) em agosto de 2012.
Hospital H	Hospital geral, privado, sem fins lucrativos, de média complexidade. Exerce atividades de ensino (hospital universitário). Capacidade de 32 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital I	Hospital geral, privado, com fins lucrativos, de alta complexidade. Não exerce atividades de ensino. Capacidade de 82 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.

Continua

Continuação

Hospital J	Hospital geral, privado, filantrópico, de alta complexidade. Não exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 88 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital K	Hospital geral, privado, filantrópico, de alta complexidade. Exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 251 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital L	Hospital geral, público, esfera estadual. Não realiza atividades de ensino. Capacidade de 53 leitos. Atendimento de demanda referenciada. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital M	Hospital geral, privado, com fins lucrativos, de alta complexidade. Não exerce atividade de ensino. Capacidade de 21 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Acreditado pela ONA (2013), nível I (Acreditado).
Hospital N	Hospital especializado (psiquiatria), público, estadual, média complexidade. Não realiza atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 280 leitos SUS. Atendimento de demanda referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital O	Hospital especializado (Oftalmologia), privado, com fins lucrativos, alta complexidade. Não realiza atividades de ensino. Capacidade de 2 leitos. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital P	Hospital geral, filantrópico, sem fins lucrativos, de média complexidade. Exerce atividade auxiliar de ensino. Capacidade de 35 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital Q	Hospital geral, privado, com fins lucrativos, de média complexidade. Não exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 15 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital R	Hospital geral, privado, filantrópico, sem fins lucrativos, de média complexidade. Não exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 25 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.
Hospital S	Hospital geral, privado, com fins lucrativos, de média complexidade. Não exerce atividades auxiliares de ensino. Capacidade de 24 leitos. Atendimento de demanda espontânea e referenciada. Não participa de programa de qualidade/acreditação.

*Conclusão***Quadro 1** - Caracterização de instituições hospitalares no município de Ribeirão Preto, 2015.

5.3 Fonte de dados

Os dados referentes ao paciente, à internação inicial e à readmissão são de fonte secundária, originários do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) / Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH), do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) dos hospitais C e G.

O Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) foi criado em 1969, vinculado ao Departamento de Medicina Social (DMS) da FMRP-USP, com intuito de processar dados referentes às hospitalizações realizadas em Ribeirão Preto; com posterior expansão para rede hospitalar da região; e criação do Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH), em 2011 (OBSERVATÓRIO REGIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR, 2013).

A confiabilidade dos dados do CPDH/ORAH é garantida pelo procedimento e organização da unidade, que, após coleta e revisão qualitativa e quantitativa dos dados, os codifica de acordo com normas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), procedendo nova revisão para confirmação da correção e codificação (SILVA et al., 2008).

Para coleta de dados hospitalares, o CPDH/ORAH utiliza a Folha de Alta (ANEXO A), composta por 27 campos, com informações como dados do paciente, diagnóstico, comorbidades, tipo de convênio, condição de saída, entre outros (PESSOTTI et al., 2012). As informações da Folha de Alta contêm identificação do portador, do paciente e dos profissionais responsáveis pelo atendimento; permitindo identificação de diagnóstico, permanência de internação, procedimentos realizados, caráter da internação, especialidade, motivo da cobrança, tipo de prestador.

Em todas as instituições hospitalares, o preenchimento da folha de alta é obrigatório, mas o envio das informações ao CPDH/ORAH pelo gestor municipal ou hospitalar é opcional.

As informações decorrentes de cada internação hospitalar são registradas em meio magnético, alimentando banco de dados dos próprios hospitais, com posterior envio (mensal) ao CPDH/ORAH, que codifica e dá entrada no banco de dados. O CPDH/ORAH processa cerca de 170 mil altas hospitalares por ano, de 34 hospitais públicos e privados, dos municípios pertencentes ao DRS XIII (OBSERVATÓRIO REGIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR, 2013).

Os hospitais C e G enviaram dados ao CPDH até o término do ano 2010, data em que mudaram de sistema de gestão de informática e optaram por não mais enviar dados ao CPDH, devido a incompatibilidade dos sistemas. Desta forma, os dados dessas instituições foram coletados diretamente nos hospitais.

Ambas a instituição tem como base a folha de alta, com o mesmo padrão da folha de alta do CPDH, portanto, contendo as mesmas informações.

Para dados referentes aos hospitais e Programas de Qualidade Hospitalar, foram utilizadas informações secundárias disponíveis em sítios oficiais, das instituições, Secretaria Municipal de Saúde e DATASUS.

5.4 Coleta dos dados

Foram solicitados ao CPDH/ORAH e ao SAME dos hospitais C e G, os dados referentes às internações repetidas, do mesmo usuário, identificado pelo seu número de registro, no mesmo hospital, no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2011.

O ano de 2011 foi selecionado, por ser o último ano em que o CPDH/ORAH apresenta dados consolidados.

Nos dados provenientes do CPDH/ORAH, a identificação de internações repetidas do mesmo paciente e demais dados pertinentes ao estudo foi realizada por funcionário do setor, mediante filtro no banco de dados, sendo enviadas em planilhas eletrônicas.

Nos hospitais C e G o processo de coleta ocorreu por meio de acesso eletrônico ao sistema de gestão de dados hospitalares MV. O sistema de gestão MV disponibiliza conjunto de módulos para fluxo de dados entre os setores e integram os processos hospitalares, gerenciando informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas (MV, 2014).

Por meio da utilização do banco de dados do software MV, foram identificadas as internações repetidas no período solicitado, por funcionários do SAME, sendo que os demais dados pertinentes foram coletados pela pesquisadora, no próprio banco de dados, realizando a tabulação de dados eletrônicos.

Tendo sido coletados os dados no CPDH/ORAH e nos SAME dos hospitais C e G, foi realizada nova tabulação, em banco de dados estruturado no software Microsoft Excel.

5.5 Variáveis do estudo

As variáveis selecionadas para o levantamento de dados, bem como sua categorização, são apresentadas a seguir:

Paciente

- **Idade:** em anos, variável numérica contínua, obtida pelo cálculo: 'data de internação – data de nascimento'; variável categorizada nas seguintes **faixas etárias:** menor de 1 ano; 1 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 e mais. Categorias estruturadas seguindo faixas etárias do DATASUS;

- **Sexo:** variável nominal, classificado como masculino ou feminino;

- **Comorbidades associadas:** número de diagnósticos de comorbidades associadas, variável numérica discreta;
- **Procedência:** variável nominal, determinada pelo município de procedência, classificada em: Ribeirão Preto, outros municípios do DRS XIII, outros municípios de SP, e outros Estados.

Internação inicial

- **Diagnóstico principal:** variável nominal, utiliza como referência a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), apresentada no ANEXO B;
- **Tempo de permanência:** variável numérica discreta, em dias, obtida pelo cálculo: 'data de saída – data de internação', categorizado em: até 7 dias, de 7 a 30 dias e mais de 30 dias. Foi estabelecido como ponto de corte o período de 7 dias de internação, tendo como base a média de 6,6 dias de permanência no ano de 2011 para o município de Ribeirão Preto;
- **Instituição Hospitalar:** variável nominal;
- **Tipo de convênio:** variável nominal, internação pelo SUS ou por algum tipo de financiador do sistema de atenção médica suplementar.

Readmissão:

- **Diagnóstico principal:** variável nominal, utiliza como referência a Classificação Internacional de Doenças (CID-10);
- **Tempo de permanência:** variável numérica contínua, em dias, obtida pelo cálculo 'data de saída – data de internação'; categorizado até 7 dias, de 7 a 30 dias e mais de 30 dias;
- **Intervalo de tempo entre a internação inicial e a readmissão:** variável numérica contínua, em dias, obtida pelo cálculo 'data de alta da internação inicial –

data de internação na readmissão'; categorizado até 7 dias, de 7 a 30 dias e mais de 30 dias.

- **Condição de saída:** variável nominal, alta ou óbito.

Instituição hospitalar:

- **Regime jurídico:** variável nominal, classificado em público, privado com fins lucrativos, privado sem fins lucrativos;
- **Número de leitos:** variável numérica discreta;
- **Complexidade:** variável nominal, classificada como média ou alta complexidade;
- **Participação em Programa Externo de Qualidade Hospitalar ou Programa de Acreditação Hospitalar:** variável nominal.

5.6 Análise dos dados

A partir dos registros das internações obtidos, foi editado o banco de dados utilizando software Microsoft Excel, com posterior importação para o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 16.0. Devido grande volume de diferentes diagnósticos (CIDs), a classificação de CID por hospitais foi analisada com auxílio do software Epi Info versão 3.5.3 (2011). Na análise dos dados foi utilizada estatística descritiva para a caracterização da população do estudo.

5.7 Procedimentos éticos

O estudo segue as normas e recomendações para a pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Desta forma, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, nº CAAE: 20063813.3.0000.5393, e aprovado em 16/10/2013 (ANEXO C). Cabe destacar que houve autorização da utilização dos dados pelo Centro de Processamento de Dados Hospitalares/Observatório Regional de Atenção Hospitalar do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP (ANEXO D) e da direção dos Hospitais C e G¹.

¹ O documento de comprovação não está anexado a esta dissertação em virtude do compromisso de anonimato. Todavia, encontra-se em poder da pesquisadora, podendo ser solicitado quando necessário.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O banco de dados, referente a pacientes com repetidas internações nos onze hospitais participantes, para o ano de 2011, registrou 38.145 internações. Destes registros de internações, 13.606 foram consideradas internações iniciais, 16.213 readmissões até 30 dias após a alta da internação inicial e 8.321 internações com intervalo superior a 30 dias, não sendo objeto deste estudo; cinco registros foram considerados como perdas.

A caracterização das internações iniciais e readmissões são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização de internação inicial (n=13.606) e readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Variáveis	Internação inicial		Readmissão	
	Frequência	%	Frequência	%
Sexo				
Masculino	6.486	47,7	8.256	50,9
Feminino	7.120	52,3	7.957	49,1
Comorbidades				
Nenhuma comorbidade	4	0,0	3	0,0
1 diagnóstico	7.346	54,0	7.721	47,6
2 diagnósticos	2.415	17,7	3.355	20,7
3 diagnósticos	1.244	9,1	1.788	11,0
4 diagnósticos	801	5,9	1.089	6,7
5 diagnósticos	1.796	13,2	2.257	13,9
Permanência				
Até 7 dias	10.671	78,4	12.831	79,1
Até 30 dias	2.610	19,2	2.997	18,5
Mais de 30 dias	325	2,4	385	2,4

Continua

Continuação

Procedência				
Ribeirão Preto	8.187	60,2	9.351	57,7
Outros municípios DRS	3.264	24,0	3.973	24,5
Outros municípios SP	1.739	12,8	2.319	14,3
Outros Estados	414	3,0	569	3,5
Perdas	2	0,0	1	0,0
Tipo de convênio				
SUS	8.838	65,0	12.547	77,4
Não SUS	4.768	35,0	3.666	22,6

Conclusão

Os pacientes apresentaram mínimo de duas e máximo de trinta e nove internações repetidas no período.

Observou-se distribuição similar para os sexos masculino e feminino, sendo que nas readmissões as proporções foram de 50,9 e 49,1%, respectivamente.

Ao observar a distribuição de sexo por hospital, apresentada no Gráfico 1, as proporções se mantiveram semelhantes entre os sexos feminino e masculino, com exceção dos hospitais D e F, por serem ambos hospitais especializados em Ginecologia e Obstetrícia, justificando predomínio de pacientes do sexo feminino.

Gráfico 1 - Caracterização de sexo por hospital na readmissão. Ribeirão Preto, 2011.

Pacientes do sexo masculino predominam em relação ao sexo feminino na maioria das faixas etárias, com exceção das faixas: 10 a 14, 20 a 29, 30 a 39 e >80 anos, conforme observado no Gráfico 2.

As faixas etárias com maior discrepância na distribuição por sexo foram: 5 a 9 anos, em que predomina o sexo masculino (65,7%); e maiores de 80 anos, em que predominou o sexo feminino (60,5%); reforçando tendência em nível global, de mulheres representarem proporção crescente da população mais velha (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Gráfico 2 - Caracterização de readmissões por sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2011

Dos pacientes readmitidos, a faixa etária de maior frequência foi de 50 aos 59 anos, com 17,9% das readmissões, apresentado na Tabela 2.

As crianças e adolescentes, representados pelas faixas etárias até os 19 anos, somados representaram 12,2% das readmissões.

O grupo de pacientes em idade adulta, entre 20 e 59 anos, apresentou proporção considerável das readmissões, com 49,4% do total; o que pode gerar impacto social e econômico; uma vez que representa parcela de maior concentração da população economicamente ativa. Para o ano de 2011, 86,4% da população economicamente ativa estava na faixa de 20 a 59 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015b).

Os pacientes idosos, com idade superior a 60 anos representaram 38,4% das readmissões. Tal distribuição acompanha atuais mudanças na estrutura etária da população brasileira, com acelerado aumento da população idosa, e impacto em diversos setores da economia e da sociedade, inclusive na elaboração e condução de programas e políticas de saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

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).

Tabela 2 - Faixa etária, internação inicial (n=13.606) e readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Faixa etária	Internação inicial		Readmissão	
	Frequência	%	Frequência	%
< 1 ano	326	2,4	357	2,2
1 a 4 anos	280	2,1	335	2,1
5 a 9 anos	216	1,6	362	2,2
10 a 14 anos	254	1,9	404	2,5
15 a 19 anos	424	3,1	521	3,2
20 a 29 anos	1.429	10,5	1.460	9,0
30 a 39 anos	1.572	11,6	1.597	9,9
40 a 49 anos	1.685	12,4	2.042	12,6
50 a 59 anos	2.096	15,4	2.902	17,9
60 a 69 anos	2.104	15,5	2.712	16,7
70 a 79 anos	1.857	13,6	2.087	12,9
> 80 anos	1.363	10,0	1.434	8,8
Total	13.606	100,0	16.213	100,0

Ao observar a classificação de faixa etária por hospital, apresentada na Tabela 3, observa-se que nos hospitais D e F, especializados em saúde da mulher, predominaram as faixas etárias de 30 a 39 e 20 a 29, faixas etárias do período reprodutivo.

Nos hospitais gerais, se manteve padrão de distribuição, com maior frequência de readmissão entre pacientes adultos; sendo que nos hospitais B, E, G e J predominaram as readmissões em idosos.

Tabela 3 - Caracterização de faixa etária por hospital (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Faixa etária	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
< 1 ano	175	0	41	78	0	7	6	8	12	7	23
1 a 4 anos	267	0	4	15	8	0	3	3	5	21	9
5 a 9 anos	337	0	5	4	5	0	3	0	1	3	4
10 a 14 anos	352	16	3	2	4	0	3	0	5	1	18
15 a 19 anos	320	75	4	10	10	34	5	0	9	4	50
20 a 29 anos	709	250	15	73	60	82	21	0	44	8	198
30 a 39 anos	777	246	26	79	74	25	37	0	91	8	234
40 a 49 anos	1.112	413	33	29	100	6	44	0	68	15	222
50 a 59 anos	1.546	642	47	9	175	3	63	0	50	17	350
60 a 69 anos	1.319	662	34	5	202	3	73	0	62	37	315
70 a 79 anos	733	607	41	1	199	1	97	0	64	36	308
> 80 anos	258	430	27	0	264	0	151	0	52	32	220
Total	7.905	3.341	280	305	1.101	161	506	11	463	189	1.951

Do total de pacientes readmitidos, 4 (quatro) pacientes tiveram como condição de saída o óbito, sendo que todos em faixa etária superior aos 50 anos.

As comorbidades, identificadas em cada internação ou readmissão foram analisadas pelo número de diagnósticos informados na folha de alta, além do diagnóstico principal; tendo sido identificado o mínimo de 0 (zero) e máximo de 5 (cinco) diagnósticos com média e mediana de 2 diagnósticos.

Observou-se baixa frequência de internações com nenhum diagnóstico de comorbidade, com proporção de 0% nas internações iniciais e readmissões. Predominam as internações com registro de apenas 1 comorbidade, com percentual

de 54,0% na internação inicial e 47,6% na readmissão; seguidas das internações com dois diagnósticos de comorbidade, com 17,7% e 20,7%, respectivamente.

O número máximo de comorbidades identificadas nas folhas de alta foram 5 diagnósticos; categoria que representa parcela significativa das internações, com 13,2% das internações iniciais e 13,9% das readmissões.

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).

Com relação à permanência hospitalar, nas internações iniciais e readmissões, observou-se mínimo de 0 (zero) dias e máximo de 277 dias, com média de 6, mediana de 3 e desvio padrão de 9 dias. Predominaram as internações com tempo de permanência de até 7 dias, com 78,4% nas internações iniciais e 79,1% nas readmissões, apontando internações mais curtas corroborando com os dados, para o mesmo período (2011), no município de Ribeirão Preto quando a média de permanência, foi de 6,6 dias (DATASUS, 2015).

Quanto a procedência, tal como esperado, pacientes procedentes de Ribeirão Preto representam maior proporção, com 57,7% das readmissões. Os demais municípios do DRS representam 24,5% das readmissões, enquanto que a proporção de procedentes outros municípios do estado de SP é de 14,3%, e de outros estados é 3,5%, conforme tabela 4.

Tal distribuição é condizente com a regionalização adotada, conformada em fluxos de referência estabelecidos entre a gestão municipal e regional, por meio da Central de Regulação; e com a assistência especializada prestada em determinadas áreas, voltadas para casos de maior complexidade com repercussões na produção de internações, devendo ser considerada no planejamento local de saúde (LEMOS; CHAVES, 2011; RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Da produção de internações no município, 64% são procedentes do município de Ribeirão Preto e 36% de outros municípios (LEMOS; CHAVES, 2011); enquanto

que para as readmissões, aumenta a proporção de procedentes de outros municípios (42,3%), apontando perfil de maior complexidade, que requer atenção mais especializada e recursos tecnológicos, concentrados no município.

A demanda de atendimento e internações de pacientes provenientes de outros municípios do DRS está atrelada a pactuação realizada entre os gestores municipais.

Tabela 4 - Procedência de readmissão por município (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Município	Frequência	Porcentagem
Ribeirão Preto	9.351	57,7
Outros municípios de SP	2.319	14,3
Municípios de outras UF	569	3,5
Sertãozinho	354	2,2
Jardinópolis	346	2,1
Jaboticabal	309	1,9
Cravinhos	275	1,7
Batatais	259	1,6
Serrana	258	1,6
Santa Rosa de Viterbo	194	1,2
Cajuru	172	1,1
Barrinha	161	1,0
Brodowski	154	0,9
Guariba	154	0,9
Pradópolis	153	0,9
Pitangueiras	146	0,9
Altinópolis	144	0,9
Pontal	132	0,8
Guataporá	129	0,8
Monte Alto	123	0,8
Santa Rita do Passa Quatro	122	0,8
São Simão	107	0,7
Serra Azul	97	0,6
Luís Antônio	73	0,5
Dumont	55	0,3
Santo Antônio da Alegria	37	0,2
Cássia dos Coqueiros	15	0,1
Santa Cruz da Esperança	4	0,0
Perda	1	0,0
Total	16.213	100,0

Os estados de procedência de pacientes oriundos de municípios fora do estado de São Paulo são apresentados na Tabela 5. Desses, 74,2% foram procedentes do estado de Minas Gerais, provavelmente devido questões geográficas, de transporte e de distância (CHAVES, 2005).

Pacientes procedentes de outros estados e regiões do Brasil estão em menor proporção, embora haja uma concentração de hospitais, inclusive os de maior porte e complexidade, e de recursos tecnológicos para a alta complexidade nas regiões Sudeste e Sul (PORTELA et al., 2010).

Tabela 5 - Procedência de readmissão por estado (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Estado	Frequência	Porcentagem
São Paulo	15.643	96,5
Minas Gerais	422	2,6
Mato Grosso do Sul	28	0,2
Distrito Federal	14	0,1
Paraná	12	0,1
Rondônia	12	0,1
Mato Grosso	11	0,1
Goiás	9	0,1
Rio Grande do Sul	8	0,0
Acre	8	0,0
Pará	6	0,0
Pernambuco	6	0,0
Maranhão	6	0,0
Roraima	5	0,0
Sergipe	4	0,0
Bahia	4	0,0
Ceará	4	0,0
Espírito Santo	3	0,0
Paraíba	2	0,0
Amapá	2	0,0
Rio de Janeiro	1	0,0
Santa Catarina	1	0,0
Tocantins	1	0,0
Perda	1	0,0
Amazonas	0	0,0
Total	16213	100,0

Cabe ressaltar que a regulação das internações no município se dá por meio do Complexo Regulador de Ribeirão Preto, responsável pela ordenação do fluxo de necessidade. A regulação é pautada em protocolos específicos e sistema de gerenciamento com ferramentas de regulação e auditoria; realizada por meio de processo informatizado (RIBEIRÃO PRETO, 2013), destacando-se que o Complexo Regulador possui autonomia apenas para internações de usuários SUS.

No município, 65,3% dos leitos são disponibilizados para o SUS (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015), sendo que os usuários do SUS foram readmitidos em maior proporção com relação a outros tipos de convênio, representando 77,4% das readmissões; proporção elevada para usuários SUS, levando em consideração padrão de distribuição de leitos e cobertura da saúde suplementar.

Na região predominam leitos de hospitais privados, sendo que grande parte deles é contratualizada para oferta assistencial aos usuários do SUS. Portela e colaboradores (2010) destacam que na região Sudeste a distribuição de hospitais privados acompanha a distribuição de operadoras e de beneficiários de planos de saúde, bem como o desenvolvimento regional.

A cobertura da saúde suplementar no país é de 26,3% da população, sendo que a região sudeste possui cobertura superior à média nacional, com 39,4%, e o estado de São Paulo se configura como o estado com maior cobertura de saúde suplementar no país (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

No município de Ribeirão Preto são cadastrados 283.099 beneficiários de planos de assistência médica suplementar (DATASUS, 2015), representando cerca de 43,0% da população, de 658.059 habitantes, acompanhando taxa de cobertura do estado de São Paulo, de 45,6% (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

Embora o município apresente elevada cobertura de beneficiários da saúde suplementar, parte desses também são usuários do SUS, principalmente em serviços de imunização, assistência farmacêutica e medicamentos não padronizados, assistência domiciliar, oncologia, terapia renal substitutiva e

processos judiciais; configurando, para este grupo de usuários, duplo acesso aos serviços de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Neste contexto, beneficiários de planos de saúde possuem amplo acesso de serviços preventivos e de alta complexidade, junto às operadoras e/ou ao SUS, com impacto negativo na equidade e acesso aos serviços de saúde para população em geral (PAIM et al., 2011). A duplicidade de acesso envolve, ainda, questões de financiamento e alocação de recursos, com articulação fragmentada das ações de assistência à saúde e possível apropriação privada do espaço público (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

No que tange as taxas de readmissão, a média foi de 14,2%, com variação de 2,1 a 31,7% para cada hospital, conforme apresentado na tabela 6. Na literatura, nas readmissões em até 30 dias, foram identificadas diferentes taxas; tais como o intervalo de 10,5 a 17,4% para readmissão de grupo específico de procedimentos cirúrgicos (TSAI et al., 2013); 12,6% em 6 hospitais de Toronto (GRUNEIR et al., 2011); 19,6% entre beneficiários do Medicare, nos Estados Unidos (JENCKS; WILLIAMS; COLEMAN, 2009); 17,9% em estudo realizado com população de mais de 4 milhões de pacientes em três estados, também dos Estados Unidos (VASHI et al., 2013); e 16,7% para pacientes de hospitais públicos de Hong Kong (WONG et al., 2011).

Dentre os hospitais participantes a taxa de readmissão foi inferior nos hospitais D e F, ambos especializados em saúde da mulher com taxa de 2,1%, embora a produção e complexidade do hospital D sejam superiores à do hospital F., a especialidade de obstetrícia deve apontar para baixas taxas de readmissão.

Dos hospitais gerais, o que apresentou menor taxa, com 2,8% das readmissões, foi o hospital H, que, entre os participantes, é o único com número de leitos inferior a 50, além de ser o hospital de menor frequência absoluta de readmissões e altas, apontando produção inferior aos demais hospitais.

Dos hospitais gerais com capacidade de 50 a 100 leitos, (hospitais C, I e J), a taxa de readmissão variou de 4,2 a 5,8%. Enquanto que entre os hospitais com capacidade superior a 100 leitos (hospitais A, B, E, G e K), a taxa variou de 8,0 a 31,7%.

Tabela 6 - Taxa de readmissão por hospital, 2011 (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Hospital	Altas	Readmissões	Taxa
Hospital A	32.023	7.905	24,7
Hospital B	10.538	3.341	31,7
Hospital C	4.973	280	5,6
Hospital D	14.863	305	2,1
Hospital E	11.087	1.101	9,9
Hospital F	7.836	161	2,1
Hospital G	6.360	506	8,0
Hospital H	386	11	2,8
Hospital I	8.028	463	5,8
Hospital J	4.516	189	4,2
Hospital K	13.585	1.951	14,4
TOTAL	114.195	16.213	14,2

Na tabela 7 observa-se a proporção de readmissões com intervalo de zero dias, ou seja, readmissões em que a alta da internação inicial e a nova internação ocorrem no período inferior a 24 horas.

Somadas as readmissões dos hospitais participantes (16.213), 20,5% delas (3.331) se deram no mesmo dia em que ocorreu a alta da internação inicial.

O hospital B apresentou maior frequência absoluta de readmissões com zero dias de intervalo, além de representar maior proporção do total de suas readmissões, sendo que das 3.341 readmissões, 2.076 (62,1%) se deram no mesmo dia da alta da internação inicial.

O hospital K também apresenta proporção de readmissões com zero dias elevada, com 43,0% do total de readmissões.

Enquanto que o hospital H não apresentou readmissões com zero dias; e os hospitais com menores proporções foram: A, J, I e G; inferiores a 5%.

Fator que pode estar relacionado com os elevados casos de altas e readmissões na mesma data, para usuários do SUS, é a forma como são realizadas

as autorizações de internações hospitalares (AIH). As autorizações identificam procedimentos e serviços realizados em regime de internação hospitalar. A abertura de uma ou mais AIHs na mesma internação, decorrente de diferentes procedimentos, são consideradas AIHs de continuidade, realizadas por motivo de cobranças, devido a alta administrativa, longa permanência, transferência de especialidades, alta por reoperação e alta da parturiente com permanência do recém-nascido. Para todas essas causas é possível superestimar as readmissões hospitalares (MONTEIRO, 2008).

Destaca-se que, nos hospitais B e K ocorre atendimento de parte da demanda dos usuários do SUS sob contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde, com pagamento de produção baseado nas AIHs, enquanto que nas internações de usuários do SUS realizadas no hospital A não estão sob gestão municipal, e sim estadual.

Tabela 7 - Readmissão com intervalo de zero dias após alta, 2011 (n=3.331). Ribeirão Preto, 2011.

Hospital	Frequência	Porcentagem
Hospital A	148	1,9
Hospital B	2.076	62,1
Hospital C	41	14,6
Hospital D	38	12,5
Hospital E	146	13,3
Hospital F	9	5,6
Hospital G	16	3,2
Hospital H	0	0,0
Hospital I	14	3,0
Hospital J	5	2,6
Hospital K	838	43,0
Total	3.331	20,5

Das readmissões em estudo, predominam as realizadas com intervalo de até 7 dias (n = 9.573), apresentadas na Tabela 8, ressaltando-se que readmissões

precoces podem sugerir alta hospitalar precoce e outros problemas relacionados à qualidade do cuidado hospitalar (CASTRO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2005).

Tabela 8 - Intervalo de readmissão. Ribeirão Preto, 2011.

Intervalo Readmissão	Frequência	Porcentagem
Até 7 dias	9.573	39,0
7 a 30 dias	6.640	27,1
Mais de 30 dias	8.321	33,9
Total	24.534	100,0

O gráfico 3 apresenta, para cada hospital, a categorização do intervalo de readmissão, demonstrando que, nos hospitais D e F, embora ambos atendam as mesmas especialidades e apresentaram taxas de readmissões idênticas, verifica-se diferença no intervalo entre alta e readmissão. No hospital D as readmissões em até 7 dias representam 49,84% do total; enquanto que no hospital F a proporção é de 55,9%.

O hospital H é o que apresentou menor proporção de readmissão em até 7 dias, com 9,09%. Já para os hospitais B e K, acompanhando proporção de readmissão com zero dias, apresentaram maiores proporções de readmissões no intervalo de até 7 dias.

O hospital A, apresentou proporção de 55,56% das readmissões em até 7 dias, sendo que do total de readmissões 1,9% se deram no mesmo dia.

Nos demais hospitais (C, E, G, I e J) predominaram as readmissões no período de 7 a 30 dias.

Gráfico 3 - Intervalo de Readmissão por hospital. Ribeirão Preto, 2011.

As causas de internação, identificadas por diagnóstico principal e categorizadas por capítulos da CID-10 são apresentadas na tabela 9.

Na internação inicial os grupos de maior proporção foram os seis capítulos a seguir: IX. Doenças do aparelho circulatório 15,9%; II. Neoplasias 14,7%; XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas 12,6%; X. Doenças do aparelho digestivo 9,9%; XIV. Doenças do aparelho genitourinário 9,7%; X. Doenças do aparelho respiratório 6,9%. Somados os seis capítulos, representaram causa de 69,6% do total de internações.

Entre as readmissões estão presentes os mesmos capítulos, porém com diferente distribuição entre os capítulos, a saber: II. Neoplasias 19,9%; IX. Doenças do aparelho circulatório 13,7%; X. Doenças do aparelho digestivo 12,0%; XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas 11,6%; XIV. Doenças do aparelho genitourinário 6,6%; X. Doenças do aparelho respiratório 6,4%. Somados os seis capítulos, representaram causa de 70,2% do total de readmissões.

Verifica-se, portanto, que esses seis capítulos são responsáveis por praticamente a mesma proporção de internações iniciais como de readmissões,

corroborando com os dados das causas de internação no município, apresentadas na seguinte ordem: Doenças do aparelho circulatório 13,86%, Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas 12,84%, Doenças do aparelho digestivo 10,49%, Neoplasias (tumores) 10,05%, Doenças do aparelho respiratório 8,81% (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Alguns capítulos da CID-10, configurado por doenças de menor complexidade assistencial, tais como doenças do ouvido, doenças do olho ou afecções do período; foram causa de menor frequência nas readmissões.

Tabela 9 - Categorização de diagnóstico por Capítulo da CID-10, na internação inicial, (n=13.606) e readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Capítulo CID-10	Internação inicial		Readmissão	
	Frequência	%	Frequência	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	438	3,2	511	3,2
II. Neoplasias (tumores)	1.998	14,7	3.225	19,9
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	147	1,1	198	1,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	431	3,2	579	3,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	153	1,1	576	3,6
VI. Doenças do sistema nervoso	473	3,5	526	3,2
VII. Doenças do olho e anexos	62	0,5	48	0,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	40	0,3	27	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.159	15,9	2.229	13,7
X. Doenças do aparelho respiratório	945	6,9	1.037	6,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.345	9,9	1.942	12,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	213	1,6	325	2,0
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	636	4,7	679	4,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.314	9,7	1.065	6,6
XV. Gravidez parto e puerpério	826	6,1	645	4,0
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	83	0,6	83	0,5
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	211	1,6	200	1,2
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	242	1,8	284	1,8
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1.711	12,6	1.882	11,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0,0	1	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	174	1,3	148	0,9
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,0	0	0,0
Perdas	4	0,0	0	0,0
Total	13.606	100	16.213	100,0

As principais causas de internação, por diagnóstico principal, classificadas por capítulo da CID-10, para cada hospital, são apresentadas na tabela 10. Nos hospitais D e F, em decorrência da especialidade, foram mais frequentes as causas relacionadas a Gravidez, parto e puerpério, embora o hospital A tenha sido responsável pelo atendimento de 46,5% do total de readmissões deste capítulo, uma vez que é principal referência na rede para atendimento de gravidez de alto risco.

Para todos os hospitais gerais, exceto o hospital H, as readmissões por Neoplasias estão entre as causas mais frequentes, com maiores proporções nos hospitais A, B, E e K, que possuem centros especializados em oncologia.

A elevada proporção de readmissões neste capítulo vai de encontro com os dados do INCA para a carga de câncer no país, que apresentou estimativa de 576 mil casos novos para o ano de 2014, e tem aumentado nos últimos anos; sendo considerado problema de saúde pública (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

As causas relacionadas ao aparelho circulatório estiveram entre as principais causas de readmissão em seis dos nove hospitais gerais; quatro dos quais possuem serviço de hemodinâmica, a saber: A, B, E, G e K.

Na literatura internacional observa-se abordagem das doenças do aparelho circulatório, não só pelo impacto das mesmas nos sistemas de saúde, mas também em decorrência da adoção de política de pagamento baseada em indicadores de resultado, em especial nos Estados Unidos, com o programa Hospital Readmission Reduction Program, apresentado anteriormente. De tal forma que, alguns autores analisam readmissões decorrentes de doenças como insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio ou revascularização do miocárdio, indicando a utilização do indicador de forma isolada (BALLARD et al., 2010; HANNAN et al., 2011; STUKEL et al., 2010; VANSUCH et al., 2006), ou em conjunto com indicadores adicionais para avaliação de qualidade (HERNANDEZ et al., 2011).

Tabela 10 - Caracterização de diagnóstico principal por capítulo da CID, por hospital, na readmissão (n=16.213). Ribeirão Preto, 2011.

Capítulo CID-10	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	335	89	6	3	29	1	10	2	7	3	26
II. Neoplasias (tumores)	2.044	524	37	19	187	6	80	0	51	42	235
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	139	22	1	0	15	0	6	0	0	6	9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	250	224	21	1	27	0	15	0	16	6	19
V. Transtornos mentais e comportamentais	562	3	0	1	3	0	3	0	0	2	2
VI. Doenças do sistema nervoso	412	25	3	3	40	0	16	0	7	0	20
VII. Doenças do olho e anexos	46	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	23	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	806	496	25	3	228	0	113	0	40	21	497
X. Doenças do aparelho respiratório	223	281	45	24	150	1	66	6	32	37	172
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.238	255	33	4	110	0	59	0	79	18	146
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	151	118	0	1	18	0	0	1	11	3	22
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	381	109	9	2	52	0	12	0	16	4	94
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	394	104	23	27	112	12	36	2	134	26	195
XV. Gravidez parto e puerpério	300	0	7	155	2	85	1	0	25	1	69
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	17	0	8	42	0	2	0	0	0	1	13
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	175	1	0	12	3	0	0	0	0	1	8
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	3	91	19	4	23	3	47	0	10	6	78
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	388	979	9	0	98	0	33	0	31	12	332
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	18	20	33	3	3	47	6	0	4	0	14
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perdas	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Total	7.905	3.341	280	305	1.101	161	506	11	463	189	1.951

As elevadas taxas de readmissão por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias seguem as alterações no perfil de morbidade no país, com aumento de doenças crônicas e incapacitantes, muitas das quais decorrentes de exposição a vários fatores de risco, como alimentação inadequada, inatividade, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Tais condições são passíveis de controle e modificação, mediante manejo adequado pelo sistema de saúde; desta forma, elevadas taxas de readmissões relacionadas às condições crônicas podem ser associadas a problemas de qualidade da assistência (BENBASSAT; TARAGIN, 2000).

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).

Para o município de Ribeirão Preto, as internações por condições sensíveis a Atenção Primária apresentaram decréscimo de 9,6% no intervalo entre 2000 e 2007, período em que se deu a implementação da Estratégia da Saúde da Família (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Outro capítulo que merece destaque na análise das readmissões, é o das causas externas, que apresentou frequência elevada nos hospitais B, K e A.

As causas externas de morbidade e mortalidade são entendidas como lesões decorrentes de acidentes e de violências, com possíveis sequelas que afetam o sujeito e sociedade, sendo consideradas um dos desafios da gestão pública (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Em estudo realizado no município foi identificado que para as internações hospitalares por causas externas, em especial para alguns eventos como acidentes com motociclistas, complicações de assistência médica e cirúrgica e queimaduras, foram abertas novas AIHs para mesma internação, superestimando as causas externas em 8% (MONTEIRO, 2008).

Dos hospitais com maiores frequências, destacamos no hospital A, unidade destinada ao atendimento de urgências e emergências, sendo referência prioritária, na região, para casos de maior complexidade.

Nas readmissões, o hospital A foi responsável, quase que exclusivamente, por alguns capítulos da CID-10, dos quais destacam-se as doenças do sistema nervoso, devido sua elevada complexidade; transtornos mentais e comportamentais, uma vez que as internações psiquiátricas em condições agudas se dão exclusivamente neste serviço; e doenças do aparelho digestivo, em especial o diagnóstico cirrose, devido realização de transplantes hepáticos.

Com relação a realização de atividades de ensino, apenas os hospitais A e H são classificados como hospitais universitários, e apresentaram taxa de readmissão de 24,7% e 2,8%, respectivamente; embora caiba destacar os diferentes perfis assistenciais e forma de inserção na rede de serviços de saúde. Enquanto que o hospital H é privado, sem fins lucrativos, de média complexidade e com 38 leitos, o hospital A é público, de alta complexidade, possui 862 leitos e representa importante papel na produção hospitalar, para o município e região.

Assim como destacado por Vecina Neto e Malik (2007), os hospitais universitários são responsáveis por quase 12% dos procedimentos realizados em regime de internação, com elevada concentração daqueles de alta complexidade, como os realizados no hospital A.

Dos hospitais gerais, apenas o hospital A é público, sendo os hospitais C, E, G e I com fins lucrativos e os hospitais B, H, J e K sem fins lucrativos. Entre os hospitais com fins lucrativos a taxa de readmissão variou de 5,6 a 9,9%; enquanto que nos hospitais sem fins lucrativos, variou de 2,8 a 9,9%.

Além das características relacionadas a natureza jurídica, capacidade de atendimento, complexidade e inserção na rede de serviços de saúde, o hospital A merece destaque por ser o único hospital, entre os participantes, voltados

preferencialmente ao atendimento de pacientes SUS, que participa de algum modelo de avaliação externa da qualidade.

Dos onze hospitais participantes, apenas três hospitais participam de algum programa de avaliação externa, reforçando a realidade do país, em que, embora haja serviços de alta qualidade e processos de acreditação bem definidos, apenas uma pequena proporção destas instituições são acreditadas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008; PAIM et al., 2011), segundo Vecina Neto e Malik (2007), não chega a 1% do total de hospitais aqueles acreditados (VECINA NETO; MALIK, 2007).

No Hospital A o processo de preparação para avaliação externa iniciou no ano de 2002, visando atender padrões estabelecidos pela ONA, entretanto, dentre os obstáculos encontrados, estavam a metodologia e alto investimento financeiro. Desta forma, optou pelo Programa CQH, assinando termo de adesão em 2007. Após uma série de atividades de adequação e preparo da instituição, no ano de 2010 ocorreu a entrega do Selo de Qualidade.

O Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH, é um programa de adesão voluntária, mantido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, e administrado pela Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde; entendido como modelo de avaliação externa, que não tem título de acreditação, e tem por objetivo contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, por meio de metodologia específica (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2009).

Os hospitais E e G são acreditados pela metodologia ONA. A Organização Nacional de Acreditação – ONA, que é uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, que certifica a qualidade de serviços de saúde, serviços odontológicos, programas de saúde e prevenção de riscos, e serviços para a saúde; aplicando metodologia própria, reconhecida pela ISQua (International Society for Quality in Health Care).

O processo de acreditação é voluntário, periódico e reservado; com avaliações externas realizadas por Instituições Acreditadoras Credenciadas, seguindo as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e do Manual Brasileiro de Acreditação.

A metodologia certifica 232 hospitais brasileiros, dos quais 91 são do estado de São Paulo. A certificação se dá em três níveis: Acreditado (nível 1), Acreditado Pleno (nível 2); Acreditado com excelência (nível 3) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014, 2015).

O Hospital E é acreditado pleno, desde 2012. Neste nível, as instituições precisam atender, além dos critérios de segurança, a gestão integrada de processos e comunicação.

O Hospital G, é acreditado com excelência, desde 2012. No nível da 'excelência em gestão' é esperado que a instituição atenda aos níveis anteriores e demonstre uma cultura organizacional de melhoria contínua.

Nas questões relativas a garantia da qualidade e avaliação externa, predomina o interesse pelo setor privado (NOVAES, 2000), até mesmo em razão de exigências contratuais ou competição de mercado (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Desta forma, setor público carece de políticas ministeriais que proponham fortalecimento de práticas na área de melhoria da qualidade (PAIM et al., 2011).

Vale ressaltar que, recentemente, algum modelo voltado para qualidade da assistência tem sido implementado, nos setores públicos e privados; entre os quais pode-se mencionar, no setor privado, o Programa Qualiss - Qualificação dos Prestadores de Serviços e o IDSS – Índice de Desempenho na Saúde Suplementar, ambos propostos pela ANS; e o PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Ao analisar as taxas de readmissões dos hospitais participantes de programas de avaliação externa da qualidade, observou-se que o hospital A apresentou taxa de 24,7%, hospital E 9,9%, e hospital G 8,0%.

Os hospitais E e G são privados, com fins lucrativos, de alta complexidade, possuem 152 e 102 leitos, respectivamente. O hospital E apresentou taxa de readmissão de 9,9% e o hospital G, 8,0%. Cabe destacar que no hospital G, o processo de acreditação foi estabelecido há mais tempo, além de ser acreditado no nível III da ONA, enquanto que no hospital E a acreditação é mais recente e está acreditado no nível II da ONA.

O hospital A, possui taxa superior de readmissão em relação aos hospitais E e G, com 24,7%; além de realizar avaliação externa com modelo distinto aos demais.

Assim como apresentado anteriormente, o hospital A possui perfil assistencial distinto dos demais, com maior produção de internações e atendimento de demanda de elevada complexidade.

Sendo referência para internações em situações que requerem serviços e recursos tecnológicos altamente especializados, realização procedimentos cirúrgicos específicos e de maior complexidade, atendendo demanda de população referenciada por serviços que não dispõem de recursos tecnológicos e assistenciais para tratamento adequado de determinadas situações, sendo prestador exclusivo para determinados grupos de diagnósticos; entende-se que o hospital A apresenta mais fatores de risco para ocorrência de readmissão, não sendo possível afirmar que a qualidade nos hospitais E e G é maior que no hospital A.

7 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo principal investigar as readmissões hospitalares de um município de grande porte. Dos resultados encontrados, conclui-se que o município possui taxa de readmissão de 14,2%, próxima a taxas identificadas na literatura; embora, ao se observar a taxa por hospital, a variação se dá no intervalo de 2,1 a 31,7%.

De maneira geral, as readmissões ocorrem no período de até sete dias após a alta da internação inicial, com tempo de permanência inferior a sete dias, tendo distribuição similar entre os sexos feminino e masculino, em pacientes adultos, que apresentam ao menos uma comorbidade.

Embora as readmissões ocorram com maior frequência em pacientes provenientes de Ribeirão Preto, a proporção de pacientes provenientes de outros municípios demonstra a dinâmica da rede de serviços de saúde, em especial nas internações pelo SUS, reguladas pelo Complexo Regulador.

Nota-se que o sistema de saúde público é responsável por maior parcela das readmissões, com destaque para as que ocorrem no hospital A, entendidas como de maior complexidade assistencial, decorrentes de internações por causas associadas às doenças crônicas.

Entendendo o hospital como organização complexa, que necessita de ferramentas de gestão, a readmissão hospitalar pode auxiliar nas ações de planejamento e programação e avaliação, uma vez que permitem monitorar um conjunto de ações em saúde.

Na perspectiva da qualidade, tendo em vista a análise dos três hospitais participantes de programas de avaliação externa da qualidade, a adoção destes modelos aponta para redução das taxas de readmissão, quando considerado o porte e complexidade assistencial do hospital.

Diante da dificuldade em definir a relação entre a readmissão e qualidade da assistência, entende-se que a utilização como indicador de resultado deve se dar em conjunto com outros indicadores, analisados de acordo com a realidade institucional e dos fatores intervenientes, principalmente no que diz respeito a configuração e articulação dos diferentes níveis de atenção e componentes, bem como na alocação de recursos disponíveis.

Do perfil traçado neste estudo, é possível traçar base para o desenvolvimento de estudos posteriores que realizem o monitoramento do indicador na perspectiva da avaliação dos serviços de saúde.

Limitações do estudo

As limitações identificadas neste estudo se voltam para não identificação das possíveis causas de readmissões ocorridas no dia da alta da internação inicial, podendo superestimar a taxa para algumas causas específicas, muito embora entenda-se que tal limitação não inviabiliza a compreensão da forma como ocorrem as readmissões hospitalares no município, além de que, o motivo e a forma como são geradas novas AIHs são objeto de análise pelos gestores locais.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION CANADA. **The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review** Ottawa Accreditation Canada, 2012. Disponível em: <<http://www.accreditation.ca>>. Acesso em 24 jan. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Setembro 2014**. Rio de Janeiro: ANS, 2014.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Evaluation of the Use of AHRQ and Other Quality Indicators Program Evaluation Evaluation of the Use of AHRQ and Other Quality Indicators**. Rockville: AHRQ, 2007.

ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. O PERFIL DAS READMISSÕES DE IDOSOS NUM HOSPITAL GERAL DE MARÍLIA/SP. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 305–311, 2003.

ARAUJO, T. G. et al. Readmissões e óbitos após a alta da UTI - um desafio da terapia intensiva. **Rev Bras Terapia Intensiva**, v. 25, n. 1, p. 32–38, 2013.

BALLARD, D. J. et al. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 22, n. 6, p. 437–44, dez. 2010.

BENBASSAT, J.; TARAGIN, M. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care. **American Medical Association**, v. 160, p. 1074–1081, 2000.

BIANCO, A. et al. Hospital readmission prevalence and analysis of those potentially avoidable in southern Italy. **PloS one**, v. 7, n. 11, p. e48263, jan. 2012.

BITTAR, O. J. N. V. Saúde e atenção primária. **Valor Econômico**, p. 2–4, 2015.

BORGES, F. K. et al. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. **Rev HCPA**, v. 28, n. 3, p. 147–152, 2008.

BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Rev. Rene**, v. 12, n. 3, p. 453–461, 2011.

BRASIL. **O Financiamento da Saúde. Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Resolução 466/12. Dispõe sobre as diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta de Leitos**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta de Estabelecimentos**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

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.

CHAVES, L. D. P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental; 2005.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas das iniquidades em saúde no Brasil – Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. 3º **Caderno de Indicadores CQH**. 1ª. ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009.

COSTA, L. S. ET AL. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. supl. 1, p. 76–82, 2012.

CYKERT, S. Improving care transitions means more than reducing hospital readmissions. **N C Med J**, v. 73, n. 1, p. 31–33, 2012.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 1, p. 84–88, 2006.

DATASUS. **Informações em Saúde - TABNET**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 27 maio. 2015.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, nov. 1988.

DRUCKER, P. **Administração: responsabilidades, tarefas e práticas**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRUCKER, P. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213–219, jun. 2005.

FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2012.

FISCHER, C.; ANEMA, H. A; KLAZINGA, N. S. The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. **European journal of public health**, v. 22, n. 4, p. 484–91, ago. 2012.

FONTENELE, M. F. M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1315–1324, 2010.

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

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 20, n. 3, p. 172–83, jun. 2008.

GROENE, O.; SKAU, J. K. H.; FRØLICH, A. An international review of projects on hospital performance assessment. **International journal for quality in health care**, v. 20, n. 3, p. 162–71, jun. 2008.

GRUNEIR, A. et al. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. **Open medicine : a peer-reviewed, independent, open-access journal**, v. 5, n. 2, p. 104–111, jan. 2011.

HANNAN, E. L. et al. 30-day readmissions after coronary artery bypass graft surgery in New York State. **JACC. Cardiovascular interventions**, v. 4, n. 5, p. 569–76, maio 2011.

HERNANDEZ, A. F. et al. The need for multiple measures of hospital quality: results from the Get with the Guidelines-Heart Failure Registry of the American Heart Association. **Circulation**, v. 124, n. 6, p. 712–9, 9 ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações estatísticas - Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2015 a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Séries estatísticas e Séries Hstóricas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 20 jun. 2015 b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa Incidência de câncer no Brasil - 2014**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JAPIASSÚ, A. M. et al. Fatores preditores precoces de reinternação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 4, p. 353–358, 2009.

JENCKS, S. F.; WILLIAMS, M. V; COLEMAN, E. A. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. **The New England journal of medicine**, v. 360, n. 14, p. 1418–28, 2 abr. 2009.

JIMÉNEZ-PUENTE, A. et al. Readmission rate as an indicator of hospital performance: the case of Spain. **International journal of technology assessment in health care**, v. 20, n. 3, p. 385–91, jan. 2004.

JOINT COMMISSION ON A ACCREDITATION HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Standards revisions for 2008**. Disponível em: <<http://www.jointcommission.org/Standards/>>. Acesso em: 21 jul. 2012.

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

LAZAR, E. J.; FLEISCHUT, P.; REGAN, B. K. Quality measurement in healthcare. **Annual review of medicine**, v. 64, p. 485–96, jan. 2013.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P. Produção de internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde, na região de Ribeirão Preto, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 727–735, 2011.

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.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e Programas de Qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 3, p. 51–59, 2001.

MAURER, P. P.; BALLMER, P. E. Hospital readmissions--are they predictable and avoidable? **Swiss medical weekly**, v. 134, p. 606–11, 16 out. 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.

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.

MV. **Software de gestão para área da saúde**. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/mv>>. Acesso em: 23 abr., 2014.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000.

OBSERVATÓRIO REGIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR. **Histórico CPDH**. Disponível em: <http://orah.dyndns.org/index.php?pg=historico_cpdh>. Acesso em: 20 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Caderno Institucional**. ONA, 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **ONA - Organização Nacional de Acreditação**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

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 reimpre ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

PESSOTTI, H. C. et al. **Portal ORAH: Ferramentas para a exploração de informações de internações hospitalares**: Resumos. Curitiba. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis2012/arquivos/390.pdf>>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMEY, M.-P. et al. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. **Implementation science**, v. 5, n. 31, p. 31–44, jan. 2010.

PORTELA, M. C. et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cad. Saude Pública**, v. 26, n. 2, p. 399–408, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013.

ROCHA, J. S. Y.; SIMÕES, B. J. G.; GUEDES, G. L. M. Assistência hospitalar como indicador de desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 479–487, 1997.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4229–4234, 2014.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **RAS**, v. 5, p. 7–17, 2003.

SCRIVENS, E. International trends in accreditation. **Int. J. Health Plann. Mgmt.**, v. 10, p. 165–181, 1995.

SESTELO, J. A. D. F.; SOUZA, L. E. P. F. DE; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil : abordagens sobre a articulação público / privada na assistência à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 851–866, 2013.

SILVA, A. L. A. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a Gestão Hospitalar na perspectiva da Micropolítica. In: **ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Série Trabalho e Formação em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

SILVA, L. M. F. R. et al. Desenvolvimento de um sistema para monitoramento e análise das séries temporais de dados hospitalares. In: XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Campos do Jordão, 2008. **Resumos**. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/847.pdf>>. Acesso em: 19 de jul. 2012.

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, 2011.

SPILLER, E. S. et al. Qualidade e indicadores de saúde. In: **Gestão dos Serviços em Saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2009. p. 172.

SRIVASTAVA, R.; KEREN, R. Pediatric readmissions as a hospital quality measure. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 309, n. 4, p. 396–8, 23 jan. 2013.

STUKEL, T. A et al. Association between hospital cardiac management and outcomes for acute myocardial infarction patients. **Medical care**, v. 48, n. 2, p. 157–65, fev. 2010.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência da Informação**, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012.

TSAI, T. C. et al. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. **The New England journal of medicine**, v. 369, n. 12, p. 1134–42, 19 set. 2013.

VALERA, R. B.; TURRINI, R. N. T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Ciencia y Enfermeria**, v. 14, n. 2, p. 87–95, 2008.

VAN WALRAVEN, C. et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. **CMAJ**, v. 183, n. 7, p. 391–402, 19 abr. 2011.

VANSUCH, M. et al. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? **Quality & safety in health care**, v. 15, n. 6, p. 414–7, dez. 2006.

VASHI, A. A et al. Use of hospital-based acute care among patients recently discharged from the hospital. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 309, n. 4, p. 364–71, 23 jan. 2013.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825–839, 2007.

WONG, E. L. Y. et al. Unplanned readmission rates, length of hospital stay, mortality, and medical costs of ten common medical conditions: a retrospective analysis of Hong Kong hospital data. **BMC health services research**, v. 11, n. 149, p. 1–8, jan. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality and accreditation in health care services**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals**. Copenhagen: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2013**. Geneva: WHO, 2013.

ANEXO**ANEXO A – Folha de Alta Hospitalar CPDH**

/ / **FOLHA DE ALTA HOSPITALAR**
CPDH - CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS HOSPITALARES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

PAC: _____									
Nome do Hospital				Prontuario		Hosp.	Enf.	Espec.	
Sexo	Idade na Internacao			Ocupacao		Sexo	Idade	Ocupacao	
M ☐	a m d								
F ☐	[] RN								
Categoria de Internacao				Procedencia		Cat. Intern.		Proced.	
[] Particular									
[] SUS									
[] Outros (espec.)									
				Estado:		Data da Internacao			
						Data da Alta			
Afeccao principal da causa da internacao						Afeccao Principal		/////	
								/////	
Outras Afecocoes						Outras Afecocoes		/////	
1.								/////	
2.								/////	
3.								/////	
4.								/////	
Operacao Principal				Data: / /		Data da Cirurgia			
Outras Operacoes						Operacao Princ		/////	
1.								/////	
2.								/////	
Reoperacao						Reoperacao		/////	
								/////	
Causa do Acidente, Envenenamento ou Violencia						Acidente		/////	
								/////	
Complicacoes Hospitalares						Compl. Hosp.		/////	
Infeccoes / Traumatismos / Outras								/////	
								/////	
Nome do Medico Responsavel				CRM		CRM			
Data da Alta		Condicoes de Saida				Cond. Saida		Procedimento	
		----- ALTA ----- -- ORITO --						SUS	
		[] O. M [] Transf [] c/ Auto							
		[] A P. [] Fuga [] s/ Auto							

Formulario integrado ao CPDH - DMS - FMRP - USP - Fone: 3602-2539/Fax:3633-1386

ANEXO B – Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – Descrição Capítulos

Capítulo	Descrição	Códigos da CID-10
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
**	CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido ou inválido	U99, em branco ou inválido

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Readmissão hospitalar como indicador de qualidade

Pesquisador: BRUNA MORENO DIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20063813.3.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 425.541

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora inseriu nova solicitação de dispensa de aplicação do TCLE, onde afirma o compromisso com as normas contidas na Resolução CNS 466/2012 e garante o anonimato dos participantes.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3802-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 405.541

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 16 de Outubro de 2013

Assinador por:

Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.049-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3802-3388

E-mail: cep@eenp.usp.br

Anexo D – Autorização CPDH/ORAH

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

Sra
Bruna Moreno Dias

Autorização para uso de registros eletrônicos

Autorizo o uso de dados hospitalares, registrados no Centro de Processamento de Dados Hospitalares/Observatório Regional de Atenção Hospitalar do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os dados que serão analisados são do resumo de internações de Ribeirão Preto-SP, período de 2008 e 2011, com as seguintes variáveis: número do prontuário, hospital (a,b,c,d,...) não será identificado, sexo e idade, convênio (SUS e Não-SUS), diagnóstico principal e secundário, data internação e saída, condição de saída (alta e óbito), procedência (RP e fora de RP), com a finalidade do uso na pesquisa científica no Projeto: *READMISSÃO HOSPITALAR COMO INDICADOR DE QUALIDADE*, sob a orientação da Profª Dra. Carmen Silva Gabriel, da EERP-USP.

Uso dos dados cedidos sob as condições abaixo citadas:

- (1) Finalidade: utilizar os dados apenas para os fins de pesquisa científica na elaboração do estudo de mestrado no Programa da Pós-Graduação em EERP-USP, citado acima.
- (2) Confidencialidade: preservar a confidencialidade dos indivíduos e instituições, sendo proibida a utilização dos dados, por si ou cruzados com outros, para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição.
- (3) Copyright e acesso a terceiros: não comercializar os dados fornecidos, nem por qualquer forma, cedê-los a terceiros.
- (4) Referenciar a fonte: Centro de Processamento de Dados Hospitalares/Observatório Regional de Atenção Hospitalar do Departamento de Medicina Social/FMRP/USP, em qualquer publicação impressa, eletrônica ou sob a forma de comunicação, baseada total ou parcialmente em dados fornecidos pelo CPDH/ORAH.
- (5) Envio: enviar uma cópia de qualquer trabalho publicado ou relatório baseado na informação disponibilizada pelo CPDH/ORAH ou enviar o link de disponibilidade da publicação eletrônica.
- (6) Métodos, técnicas e detecção de erros: informar ao CPDH/ORAH de quaisquer problemas de natureza técnica, metodológica, do registro de dados ou de erros detectados nas bases de dados utilizadas.

Prof. Dr. Milton Roberto Laprega

Coordenador do:

Centro de Processamento de Dados Hospitalares/Observatório Regional de Atenção Hospitalar
Departamento de Medicina Social – FMRP-USP