

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**REINTERNAÇÕES NO HOSPITAL ESTADUAL BAURU
OCORRÊNCIA E POSSÍVEIS CAUSAS**

ANA PAULA DELGALLO MERLI

**BAURU
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**REINTERNAÇÕES NO HOSPITAL ESTADUAL BAURU
OCORRÊNCIA E POSSÍVEIS CAUSAS**

ANA PAULA DELGALLO MERLI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação de Pesquisa e Pós-graduação como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de concentração: Saúde Coletiva, sob orientação do Prof. Dr. Eymar Sampaio Lopes.

Bauru

2007

Merli, Ana Paula Delgallo
M565r

Reinternações no Hospital Estadual Bauru
ocorrência e possíveis causas/ Ana Paula Delgallo Merli -
- 2007.

48f.

Orientador: Prof. Dr. Eymar Sampaio Lopes
Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) – Universidade do Sagrado
Coração - Bauru - SP.

1. Reinternação hospitalar 2. Hospitalização
3. Saúde pública I. Lopes, Eymar Sampaio II. Título

Dedico este trabalho
aos meus pais e a minha amiga Telma,
cujo companheirismo não há palavras que
traduzam.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença e proteção constante em minha vida.

Ao orientador, Prof. Dr. Eymar Sampaio Lopes, que desde o primeiro momento incentivou-me, permitindo que a minha vontade se tornasse realidade.

Aos professores e funcionários do Programa, pela contribuição em mais essa etapa da minha caminhada.

Aos colegas das disciplinas cursadas, que compartilharam conversas, anseios e alegrias.

Aos pacientes, que, com suas experiências e verdades, são a fonte de todo o ensinamento.

A todos os funcionários do Hospital, que permitiram e ajudaram na abordagem junto aos pacientes.

À enfermeira e amiga Maria Justina D. B. Felipe, pelo grande incentivo.

À minha grande amiga e sócia, Telma, que me incentivou desde o princípio.

À enfermeira e amiga Valéria Cavallieri, em quem encontrei apoio e incentivo.

À Diretoria de Enfermagem, que me auxiliou em minha pesquisa.

Aos meus pais, por terem ensinado o valor da verdade e do respeito no convívio diário.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

*O homem nunca sabe aquilo de que
é capaz até que o tente fazer.*

Charles Dickens

RESUMO

As hospitalizações constituem-se de procedimentos traumáticos para os pacientes, além de representarem alto custo social para a família e para a sociedade. Alguns pacientes sofrem com a necessidade de repetidas internações muitas vezes relacionadas com o problema de saúde que o levou anteriormente ao hospital. Para as instituições hospitalares essas reinternações não programadas representam um custo adicional que sobrecarrega o sistema financeiro da instituição, seja ela estatal ou particular. Um número significativo dessas internações/reinternações possivelmente poderiam ser evitadas com uma melhor compreensão das condições pós-alta que determinam a necessidade de reinternar. Procedeu-se o presente estudo com objetivo de avaliar o número de reinternações num hospital público e identificar as razões de sua ocorrência. O estudo teve como cenário o Hospital Estadual Bauru, uma instituição pública e estadual que atende a cidade de Bauru e outras cidades da região. Os dados foram coletados junto à instituição hospitalar, através de documentos, registros e entrevistas junto aos pacientes. Para tanto, foram utilizados como instrumentos para a coleta de dados um questionário, um roteiro de entrevista com pacientes reinternados, sendo os dados das entrevistas tabulados e analisados. Os dados dos pacientes foram complementados com outros obtidos dos relatórios administrativos. Os resultados são baseados em 205 pacientes que sofreram reinternação não programada no período de janeiro a julho de 2006. Mostram também que, apesar de os pacientes receberem recomendações e instruções sobre os medicamentos e cuidados a serem tomados em casa, existe pouca observância às mesmas. A porcentagem geral de reinternações no período estudado foi 3,1, sendo similar para o gênero masculino e feminino. Também confirma observações de outros autores sobre maior ocorrência de reinternações em pacientes idosos (5,8%) e em crianças com menos de dois anos de idade (8,2%).

Palavras-chave: reinternação hospitalar, hospitalização, saúde.

ABSTRACT

Hospitalization besides being a traumatic procedure to the patient means higher social costs to the family and to society. Some patients may have to undergo repeated hospitalization that many times are related to the same health problem that caused the initial one. Non planned readmission to hospital means additional costs to health care expenditures be it a public or a private institution. It is conceivable that a significant number of these non planned hospital readmissions could be avoided if we had a better understanding of post discharge factors that may lead to readmission. The objective of this study was to evaluate readmission rate in a public hospital and to identify their causes. The work was conducted in the Bauru State Hospital, a public institution that provides health care to Bauru and other towns in the area. Data were collected through analysis of documents, hospital records and a personal interview with readmitted patients. A questionnaire was prepared with questions about any problem the patient had at home to take care of himself and to follow drug prescriptions. Results are based on data from 205 patients who had non planned readmission from January to July 2006. It was verified that almost all patients had spoken and or written instructions and drug prescription but that many of them failed to do so. Readmission rate was 3,1% overall, being about the same for both sexes. Our results also agree with other researches showing higher readmission rates for older patients (5,8%) and for children less than two years of age (8,2%).

Keywords: hospital readmissions, hospitalization, health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes reinternados no HEB no período de 1.º/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero.....	30
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes reinternados no HEB, no período de 1.º/01/2006 a 30/7/2006, com mais de 10 anos de idade, segundo o grau de instrução.	30
Tabela 3 – Distribuição dos casos de reinternação no HEB, no período de 1.º/01/2006 a 30/7/2006, segundo a faixa etária.	31
Tabela 4 – Pergunta: Você sabe por que está internado?	32
Tabela 5 – Pergunta: Explicaram sua doença?	32
Tabela 6 – Pergunta: Você entendeu bem as explicações?	32
Tabela 7 – Pergunta: Recebeu instruções escritas?	32
Tabela 8 – Pergunta: Recebeu instruções verbais?	32
Tabela 9 – Pergunta: Você entendeu bem as explicações?	33
Tabela 10 – Pergunta: Tem pessoas em casa para ajudá-lo?	33
Tabela 11 – Pergunta: Teve dificuldade para conseguir os remédios?.....	33
Tabela 12 – Pergunta: Tomava os remédios conforme o recomendado?	33
Tabela 13 – Pergunta: Foi agendado retorno?	33
Tabela 14 – Pergunta: Você compareceu ao retorno?	34
Tabela 15 – Pergunta: Teve problemas de saúde em casa?	34
Tabela 16 – Pergunta: Esses problemas já existiam?.....	34
Tabela 17 – Pergunta: Você informou seu médico desses problemas?	34
Tabela 18 – Pergunta: Onde você mora tem água encanada?.....	34
Tabela 19 – Pergunta: Onde você mora tem energia elétrica?	35
Tabela 20 – Pergunta: Onde você mora tem rede de esgoto?	35
Tabela 21 – Mediana e média, desvio padrão, mínimo e máximo do número de dias entre a alta e a reinternação de pacientes no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006.....	35
Tabela 22 – Distribuição do número de dias entre a alta e a reinternação ocorridas no HEB entre 01/01/2006 e 30/7/2006.	35
Tabela 23 – Distribuição das reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, com mesmo diagnóstico da internação prévia ou apenas relacionado.	36
Tabela 24 – Número de altas e reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero e o grupo etário.....	36
Tabela 25 – Porcentagem de reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero e o grupo etário.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero e o grupo etário	37
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 REVISÃO DE LITERATURA	15
1.1 ESTUDOS ESTRANGEIROS	15
1.2 ESTUDOS NACIONAIS.....	22
2 PROPOSIÇÃO	26
2.1 OBJETIVO GERAL.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 MATERIAL E MÉTODOS	27
3.1 O HOSPITAL ESTADUAL BAURU	27
3.2 CASUÍSTICA.....	28
3.3 OBTENÇÃO DOS DADOS	28
4 RESULTADOS.....	30
5 DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	47
ANEXO A – REINTERNAÇÕES NO HOSPITAL ESTADUAL BAURU: OCORRÊNCIA E POSSÍVEIS CAUSAS.....	47
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	49

INTRODUÇÃO

A análise da utilização de serviços de saúde, notadamente das internações hospitalares, é um assunto importante para o Brasil, face ao grande volume de recursos empregados e face à proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) de atender a população brasileira de forma eqüitativa. O presente trabalho analisou alguns aspectos relativos às reinternações hospitalares no Brasil, uma vez que a utilização de serviços de saúde, incluindo as internações hospitalares, é um tema importante da pesquisa neste segmento.

O estudo das internações hospitalares torna-se importante no cenário atual de intensa e pouco regulada incorporação tecnológica na área da saúde. Repetidas internações resultam em custos adicionais para o setor; provocam mudanças no perfil dos pacientes internados, sendo os pacientes menos graves tratados no nível ambulatorial, ficando a internação hospitalar cada vez mais para os casos mais graves e de custo mais elevado. O custo das reinternações agrava o desequilíbrio receita x despesa do setor hospitalar que presta serviços ao SUS, seja ele público, filantrópico ou privado. Os hospitais são, em geral, bastante diversificados quanto à capacidade de atendimento, ao tamanho, à área de atuação e ao perfil de morbidade dos pacientes internados. Todavia, a característica que mais difere uma unidade hospitalar de outra, do ponto de vista econômico, é a sua gestão e a natureza de sua propriedade. No caso de hospitais públicos, as verbas disponíveis são quase sempre menores que o necessário e impõem limitações aos serviços que podem ser oferecidos.

A percepção econômica corrente de que empresas privadas são mais produtivas que empresas públicas é comum também para serviços de saúde, embora, até este momento, não tenha sido conduzido estudo científico no Brasil que compare as condições de eficiência e a produtividade dos hospitais públicos e privados. A organização do trabalho em saúde segue a mesma lógica dos outros fazeres sociais, resguardando suas especificidades. Marinho (2005) lembra que o trabalho em saúde se insere no setor de serviços, mas difere dos outros trabalhos desse setor por não ser tangível e mensurável e ser consumido no ato da produção.

O presente trabalho limita-se a investigar as reinternações não programadas no Hospital Estadual Bauru, no período de 1.º de janeiro de 2006 a 30 de julho de 2006, a fim de medir, avaliar, acompanhar e, em última análise, entender suas causas e oferecer sugestões para sua prevenção. A redução do número de reinternações teria o mérito de não apenas melhorar a capacidade resolutiva do citado Hospital mas também evitar o sofrimento, os transtornos, a preocupação e os inconvenientes para o paciente e para a família.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 ESTUDOS ESTRANGEIROS

Holloway, Thomas e Shapiro (1988) identificam duas razões para estudos de reinternação: quase um quarto dos gastos com internação no Sistema *Medicare* são devidos a reinternações que ocorrem dentro de 60 dias da alta e porque as altas taxas de reinternações podem indicar má qualidade de atendimento durante a internação anterior. No primeiro caso, a identificação das razões das reinternações pode ajudar a evitar reinternações desnecessárias com substancial economia. No segundo, caso as reinternações podem estabelecer um sistema de alerta para identificar casos em que a presença de problemas de qualidade, como alta prematura, estão ocorrendo e ajudar na revisão dos procedimentos de alta. Esses autores ainda atentam para as variações nas taxas de reinternações, que podem ser explicadas por uma multiplicidade de fatores como, por exemplo, as condições socioeconômicas demográficas das populações sendo atendidas e o tipo particular da estrutura hospitalar, como por exemplo atendimento pediátrico, geriátrico, oncológico, etc. Os autores analisaram dados dos beneficiários do sistema *Medicare* em Michigan (EUA), classificando as reinternações em reinternações inevitáveis ou não discricionárias e discricionárias, ou seja, aquelas em que a reinternação dependia da decisão do médico. Embora as reinternações discricionárias não sejam essencialmente sinônimo de desnecessária; a categoria discricionária, por definição, inclui a maioria das admissões que seriam identificadas como desnecessárias pelos padrões de revisão. A análise das reinternações discricionárias, portanto, pode fornecer pistas importantes sobre os fatores de risco de reinternação que de outra forma só poderiam ser identificadas com a revisão detalhada dos registros individuais dos pacientes. Dos 546 casos inclusos no estudo, no período de janeiro de 1982 a junho de 1983, 150, ou seja, 27%, foram reinternados dentro de 60 dias da alta dos quais 117 (21%) foram identificados como discricionários. A idade, o gênero, a condição marital, o nível educacional, a forma de vida (sozinho *versus* com parentes) não foram significativamente associados com risco de reinternação. Os fatores de risco mais fortemente associados com reinternação

foram autopercepção da saúde, grupo de diagnóstico (agudo/crônico), não-cirurgia durante a internação anterior e múltiplas condições médicas crônicas. Os autores observam que a relativa insignificância das características sociais como preditores de reinternação precoce, embora consistente com observações de outros autores, está em conflito com a evidência empírica e a forte crença de médicos e corpo hospitalar.

Num outro estudo, Holloway e Thomas (1989) exploram o uso potencial das taxas de reinternação como indicadores da qualidade de atendimento hospitalar com atenção especial à condição de saúde do paciente e fatores não médicos. Foram consideradas apenas as reinternações ocorridas dentro de 31 dias após a alta. Segundo os autores, a importância das taxas de reinternação deriva do fato de ser um evento facilmente identificável e com relação, embora não provada, à qualidade do atendimento. Ainda segundo os autores, o sistema de pagamento utilizado no *Medicare* teoricamente dá incentivo a altas precoces. No entanto, por definição, reinternação significa que o paciente não esteve sob supervisão direta do hospital por um período de tempo após a alta e assim outros fatores que não estão sob controle do hospital devem ser identificados. Os autores classificam os fatores relacionados com reinternação em três categorias: fatores médicos para os quais existe informação disponível; outros fatores médicos, como condição funcional e de saúde sentida pelo paciente, e fatores não médicos, como condição marital, de moradia, acesso a cuidados, cobertura de seguro, etc. Os autores utilizam dados do *National Medical Care Utilization and Expenditure Survey* resultando numa amostra de 2.834 hospitalizações referente a 2.206 pessoas, das quais 33 faleceram durante a internação. As pessoas reinternadas dentro de 31 dias da alta constituíram 9,5%, sendo 5,1% reinternações discricionárias e 6,1% reinternações pela mesma causa da internação anterior. Para análise dos dados, utilizaram o modelo de regressão múltipla logística, que indica predominância dos fatores médicos e condição de saúde na predição do risco de reinternação e uma relativa não-importância dos fatores não médicos.

Vinson et al. (1990) realizaram um estudo prospectivo de 161 pacientes com 70 anos de idade ou mais que tinham sido internados num hospital

universitário dos Estados Unidos com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva. A mortalidade no hospital foi de 13%. Dos pacientes com alta, vivos, 66 (47%) foram readmitidos dentro de 90 dias. Insuficiência cardíaca recorrente foi a causa mais comum em 38 pacientes (57%); outras condições cardíacas em cinco casos (8%); e doença não cardíaca em 21 casos (32%). Utilizando critérios subjetivos, concluíram que 25 (38%) reinternações eram evitáveis e 10 (15%) eram provavelmente evitáveis. Os fatores ligados às reinternações evitáveis incluíam não-aderência à medicação (15%) ou dieta (18%); plano inadequado de alta (15%) ou de seguimento (20%); insuficiente suporte social (21%) e falha em procurar atenção médica prontamente quando os sintomas ocorreram (20%)

Ashton et al. (1995) utilizaram dados de 12 hospitais dos Estados Unidos (Veterans Hospitals) sobre reinternações ocorridas dentro de 14 dias da alta anterior dos casos internados por diabetes (593 casos), doenças pulmonar crônica obstrutiva (1172 casos) e insuficiência cardíaca (748 casos). A qualidade do atendimento durante a estada hospitalar foi realizada pela revisão dos prontuários utilizando critérios específicos desenvolvidos por uma comissão de peritos médicos. A análise foi realizada separadamente para cada doença utilizando análise bivariada e modelo de regressão múltipla logística. A análise indicou que os pacientes com doença pulmonar obstrutiva que tiveram reinternação não planejada eram mais velhos do que aqueles que não foram reinternados (67,5 contra 65,5 anos). Nenhuma outra diferença estatística foi encontrada entre os pacientes que foram e não foram reinternados. Nos testes com modelo de regressão, nenhuma das variáveis demográficas foi significativa. A fração das reinternações não planejadas em pacientes com diabetes atribuível a tratamento subpadrão foi 14,9%. Para pacientes com insuficiência coronária, foi 18,5% e para pacientes com doença pulmonar obstrutiva, 8,0%. Para as três doenças houve correlação estatisticamente significativa entre a diminuição dos escores de "prontidão para alta" e aumento do risco de reinternação. Os autores concluem que a maioria das reinternações não planejadas é atribuível a fatores do paciente ou de outros processos de atendimento além daqueles medidos no estudo. Concluem que as condições de atendimento em casa precisam ser melhor examinadas. Como limitação a este tipo de estudo, referem que uma revisão dos prontuários indicou que, em cerca de um quarto dos casos, o

diagnóstico principal era meramente uma condição coexistente e não a causa primária da internação. Um segundo problema foi a incapacidade para distinguir entre reinternação planejada das não planejadas e que não foi possível identificar reinternações realizadas em outros hospitais. Em trabalho posterior (ASHTON; WRAY, 1996), afirmam que uma rede complexa de relações influencia a associação entre o processo de atendimento do paciente internado e a reinternação precoce e que, pela evidência disponível, é impossível afirmar com confiança que as taxas de reinternação são ou não um indicador válido da qualidade do atendimento.

Posteriormente, Ashton et al. (1997) produziram um trabalho de meta – análise examinando 13 trabalhos comparando pacientes com tratamento subpadrão *versus* tratamento normativo e nove trabalhos comparando tratamento normativo *versus* excepcional nas taxas de reinternação dentro de 31 dias. Os autores concluem que reinternação está associada significativamente com o processo de tratamento intra-hospitalar e que o risco de reinternação aumenta em 55% se o tratamento é de relativa menor qualidade.

Soskolne et al. (1996) realizaram um estudo sobre razões de reinternação num departamento pediátrico em Michigan. Foram consideradas apenas as reinternações que ocorreram dentro de três semanas após a saída do hospital. A taxa de reinternação foi de 2,6%, baseada em 4496 nascimentos vivos. Uma amostra de 147 recém-nascidos não reinternados foi utilizada como controle. A análise dos dados não indicou relação da reinternação com a duração da internação considerada em grupos de 24, 36 ou 48 horas; no entanto, os recém-nascidos que ficaram no hospital por mais de 72 horas tiveram menor risco de reinternação. Outros fatores associados com risco de reinternação foram alimentação no peito, parto vaginal, icterícia, idade gestacional menor que 37 semanas e peso na alta menor que três quilos.

Um estudo realizado com apenas pacientes internados por insuficiência cardíaca foi realizado por Kossovsky et al. (2000) para determinar se reinternações não planejadas com menos de 31 dias da alta estão associadas a atendimento subótimo no hospital ou com características clínicas e demográficas

dos pacientes. O estudo envolveu todos os pacientes com reinternação não planejada (91 pacientes) e um grupo controle (351 pacientes) escolhido ao acaso entre os pacientes admitidos pela mesma razão, mas não reinternados. Dentre os pacientes reinternados, 60 foram por razões relacionadas à insuficiência cardíaca ou ao seu tratamento. Foram colhidos dados sociais e demográficos e história de internações hospitalares. Foi desenvolvido um conjunto de critérios para mensurar a qualidade do atendimento hospitalar por um grupo de peritos do Centro Médico da administração de Veteranos e da Escola de Medicina Baylor, a partir dos quais foi feita uma análise dos prontuários. A taxa de reinternação foi de 7,7%. Os resultados indicaram que, dentre os pacientes com insuficiência cardíaca, apenas a preparação subótima para alta, mas não a qualidade do tratamento durante a internação, está ligada à reinternação não planejada. Em contraste, as características do paciente, como maior idade, diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca e realização de revascularização cardíaca, tiveram grande impacto nas reinternações não programadas. Os autores, porém, comentam que não sabem se realmente incluíram todos os critérios relevantes no processo de avaliação da qualidade do atendimento que pode, portanto, ter sido subestimado. Também não puderam avaliar a qualidade do atendimento fora do hospital. Os autores concluem que as características clínicas e demográficas dos pacientes é mais importante na ocorrência de reinternação do que a qualidade do atendimento hospitalar e que uma modesta redução na taxa de reinternação pode ser obtida com melhoria do preparo para alta.

Estudo realizado por Lagoe et al. (2001) utilizou a base de dados hospitalares da região de Syracuse (Nova York, EUA), que envolve grandes hospitais que servem a aproximadamente 580 mil pessoas da área metropolitana. O estudo analisou apenas as reinternações não programadas ocorridas dentro de 30 dias da internação prévia pela mesma categoria médica da internação anterior. Foram utilizados os dados dos anos 1988 e 1999. A taxa geral de reinternações foi 9%, sendo de 6% para o Crouse Hospital; 13% no St. Joseph's e 14% no Community General Hospital. A taxa de reinternações foi mais alta para os homens (13,4%) do que para mulheres (6%). Os pacientes com duração da internação prévia de mais de seis dias tiveram taxas de reinternação mais altas e também os pacientes com mais de 60 anos. Das 500 altas dos pacientes com

diagnóstico de insuficiência coronária congestiva, ocorreram 41 reinternações (9,4%), em 1998, e 34 (8,6%), em 1999. Para o diagnóstico secundário de cardiomiopatia, as taxas foram 15,6% e 15,0%; insuficiência renal 11,8% e 12,2%; diabetes 9,0% e 4,5%, nos anos 1998 e 1999, respectivamente. Quanto à etnicidade, a taxa de reinternação foi particularmente alta no ano 1999 para os afro-americanos (35,8%).

Tsai e Rivers (2001) relatam os resultados de um estudo retrospectivo realizado em Formosa, no período de abril a junho de 1994, envolvendo 6.621 altas hospitalares. A taxa global de reinternações dentro de 15 dias da alta foi 3,2%. Dessas reinternações, 67% se relacionavam ao mesmo diagnóstico da internação prévia. Porém, os dados se referem a pacientes de todas as faixas etárias e condições clínicas e de tratamento não sendo apresentadas as taxas de reinternação separadamente por grupo, o que prejudica a interpretação dos mesmos.

Um amplo estudo realizado por Westert et al. (2002) incluiu dados de três países europeus (Finlândia, Escócia e Holanda) e de três Estados americanos (Nova York, Washington e Califórnia) e tinha por objetivo verificar se as taxas de reinternação variam entre causas de internação e populações e se a duração da internação está inversamente relacionada com as taxas de reinternação. Com o propósito de diferenciar entre os fatores explanatórios que causam reinternação, foram usados dados de reinternação dentro de sete dias da alta (para tentar identificar diferenças na qualidade de tratamento) e reinternações dentro de 8-30 dias, que se presumem estar ligadas a fatores do paciente. Os diagnósticos clínicos ou procedimentos para a admissão inicial ao hospital escolhido para o estudo e identificados como causas mais importantes de reinternação foram: insuficiência coronária congestiva; obstrução crônica pulmonar; asma; ataque cardíaco; diabetes e alguns procedimentos cirúrgicos. Foi decidido que seriam levadas em conta as reinternações relacionadas com a causa anterior de hospitalização. Os resultados indicaram que insuficiência coronária congestiva e obstrução crônica pulmonar tiveram a taxa mais alta de reinternação tanto nos Estados Unidos como na Europa, sendo mais alta na Europa (10,9%) do que nos Estados Unidos (8,1%). Na Europa, a Holanda teve

taxa mais baixa em cada diagnóstico, seguida da Finlândia e da Escócia. Nos Estados Unidos, Nova York teve taxas mais baixas, seguida de Washington e Califórnia. Houve correlação significativa entre as taxas de reinternação de sete e 8-30 dias, indicando que a variação dessas taxas é similar entre esses países e Estados americanos. Para obstrução pulmonar crônica e asma, pacientes que foram reinternados tiveram internação prévia mais longa do que os não reinternados. Somente para ataque cardíaco a duração da internação foi maior do que os não reinternados. Em 27 das 36 comparações, pacientes que foram reinternados tiveram estadas hospitalares mais longas na sua internação inicial do que os que não foram reinternados (diferença média 1,1 dia, estatisticamente significativa). Isto é contrário à hipótese de que as reinternações são produzidas por altas prematuras.

Heggstad (2002) realizou um estudo utilizando a base de dados nacional de altas dos hospitais da Noruega. O estudo incluiu 59 hospitais e as altas de 1996 e todos os pacientes com 67 anos de idade ou mais. Foram excluídas admissões a hospitais psiquiátricos e departamentos de reabilitação, bem como departamentos para atendimento de doenças do olho e otorrinologia. Como é comum dar a pacientes de câncer um tipo de arranjo chamado *open return* (reinternação aberta), tornando difícil categorizar suas reinternações como planejada ou não, esse grupo também foi excluído. Somente foram incluídas as reinternações no mesmo hospital. Foram avaliadas as reinternações precoces (<30 dias) e tardias (90-180 dias). O número de pacientes final foi 113.055, dos quais 65% eram mulheres. O autor conclui que os dados suportam a hipótese inicial de associação entre as condições operacionais dos hospitais e a probabilidade de reinternação não planejada. As admissões hospitalares com mais longa duração tiveram uma significativa menor chance de reinternação. Uma relação paciente/*staff* baixa mostrou uma tendência para reduzir o risco de reinternação, enquanto que as admissões ao hospital com custos relativos mais altos não mostraram um claro efeito compensatório e o nível de especialização do hospital não foi fator significativo. Os homens tiveram um risco relativo maior (1,18) do que as mulheres, e os mais velhos de 80 anos mais do que (1,09) os mais jovens. As variáveis tipo e severidade da doença foram significantes e morar perto do hospital representou um risco relativo maior (1,31) de reinternação do

que morar longe. O autor aponta como uma clara deficiência do estudo a falta de informação sobre os pacientes que faleceram depois da alta.

Halfon et al. (2002) descrevem os resultados de um estudo sobre reinternação realizado no Centro Hospitalar Universitário Vaudois, em Lausanne, Suíça. O estudo incluiu 3.474 pacientes, dos quais 1115 foram reinternados no período de 365 dias após a alta, dando uma taxa anual de 32,1%. As reinternações previstas na época da alta foram 440 (12,7%) e reinternações não previstas devidas a uma nova afecção foram 216 (6,2%) e 454 (13,1%) foram reinternações não previstas ligadas a uma prévia e conhecida afecção. Cerca de 25% foram classificadas como complicação iatrogênica. O risco instantâneo de reinternações evitáveis caiu rapidamente no primeiro mês e se tornou quase nula após quatro meses. Com um mês, a taxa de reinternação foi de 5% e 1,2% foram consideradas evitáveis. Os autores ressaltam a importância dos prontuários médicos serem confiáveis e completos para que pudessem ser utilizados satisfatoriamente neste tipo de estudo.

1.2 ESTUDOS NACIONAIS

São muito poucos os dados disponíveis sobre reinternação hospitalar no Brasil. Não foi possível encontrar estudos dirigidos especialmente para avaliar taxas de reinternação não programada de forma mais ampla.

No Brasil, não há bancos de dados similares aos existentes em países mais desenvolvidos. Entretanto, os dados do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) têm possibilitado importantes análises quanto à morbidade hospitalar.

Em 1996, Madeira, Egry e Santos investigaram a problemática das reinternações pediátricas no Centro Geral de Pediatria dos hospitais da rede estadual de Belo Horizonte-MG. A amostra foi constituída pelas crianças reinternadas no período de janeiro a dezembro de 1993. Foi considerada reinternada toda criança que experimentou mais de uma internação naquela

mesma Instituição, independentemente do diagnóstico, da idade e do intervalo entre uma internação e a seguinte. Este critério difere do utilizado na Instituição cujo entendimento é que reinternação se refere à internação da criança que retorna ao hospital dentro do prazo de 30 dias após alta, portando, exatamente o mesmo diagnóstico. Uma checagem manual em 2.606 prontuários indicou que 215 (8,25%) tinham mais de uma internação e 41 não foram localizados. De acordo com o critério da Instituição, foram computadas apenas 30 reinternações, que representam apenas 1,1%. As 215 crianças reinternadas produziram 518 internações correspondendo a 14,9% das internações do ano. A análise dos dados indicou que 76% das reinternações foram de crianças com menos de dois anos de idade e que 26,7% eram de casos com doenças do aparelho respiratório, seguidos por 20% de doenças crônicas e síndromes; 13,9% de doenças nutricionais e carenciais; 13,4% de doenças infectocontagiosas e 12,9% de doenças do aparelho digestivo. Em 30% dos casos, a permanência no hospital foi de cinco a dez dias. Os autores consideram o número de reinternações muito elevado e que muitas poderiam ser evitadas ou mesmo tratadas em outras instâncias do sistema de atenção à saúde, desde que fossem tomadas medidas eficazes nos níveis de menor complexidade.

Rocha, Simões e Guedes (1997) estudaram aspectos de desigualdade social nas internações dos hospitais de Ribeirão Preto-SP decorrentes da posição social das pessoas e das políticas de assistência médico-hospitalar. O estudo foi possível devido à existência do Centro de Processamento de Dados Hospitalares da USP, que dá cobertura aos estabelecimentos da cidade e da região. Embora o foco do estudo esteja na comparação entre os pacientes do SUS e particulares, o estudo apresenta alguns dados sobre reinternação. No estudo das reinternações foram consideradas apenas aquelas ocorridas no mesmo hospital e verificadas as idades, a condição de egresso (vivo ou morto), a duração da internação e o diagnóstico ou causa principal da internação. Foi considerada a proporção de pacientes com mais de uma internação e o coeficiente de reinternação, isto é, o quociente entre o total de internações repetidas e o número de pacientes com mais de uma internação. Os resultados indicaram que uma proporção de pacientes com mais de uma internação no ano foi maior entre usuários da medicina de grupo e do SUS do que entre usuários da categoria particular (16,4%

e 16,3% contra 11,1%, respectivamente), e a média de internações nos pacientes com reinternações foi maior entre os pacientes do SUS do que entre os usuários dos sistemas privados (2,81%, 2,45% e 2,48%, respectivamente, para hospitalizações do SUS, da medicina de grupo e particulares).

Pacientes idosos com problemas cardíacos constituem um grupo com alta taxa de reinternação. Villacorta et al. (1998) referem que 49 pacientes atendidos numa Unidade de Emergência de um hospital cardiológico e que sobreviveram à internação, 25 (51%) tiveram pelo menos uma reinternação por causas como troca valvar, ventrilectomia, revascularização miocárdica, aneurisma e implante de marca-passo.

Castro, Travassos e Carvalho (2002), analisando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, referente a aspectos de morbidade, cobertura por planos de saúde, acesso e utilização de serviços de saúde, internações no sistema público e privado, verificaram entre as pessoas que se internaram que 79,7% o fizeram apenas uma vez; 12,8% duas vezes; 4,1% três vezes e 3,4% quatro ou mais vezes. Não houve relação com gênero ou idade, nem etnia, nem com condições sociais e fatores capacitantes, mas observaram variações entre o grupo que referiu duas internações e aquele com três ou mais internações em relação ao grupo com apenas uma internação. As pessoas que referiam duas internações diferiam pouco das daquelas com apenas uma. Segundo os autores, esses dados parecem indicar que há uma associação entre a primeira e a segunda internação, isto é, que a segunda internação seria predominantemente decorrência da primeira, ou seja, uma reinternação no sentido mais estrito do termo. O principal determinante de uma segunda internação seria o estado de saúde do paciente. Entretanto, uma terceira (ou quarta ou mais) internação durante o ano parece configurar um evento independente da primeira, que parece ser mais prevalente entre as pessoas de pior condição social, além de estar associado à precariedade das condições de saúde.

Em 2005, Castro, Carvalho e Travassos publicaram um estudo realizado no Hospital Público Regional de Betim-MG com o objetivo de comparar

diferentes métodos de análise de sobrevivência para identificação de características associadas a uma maior chance de reinternação. Esse estudo cobriu o período de julho de 1996 a junho de 2000, incluindo todas as internações, com exceção de obstetrícia e óbitos na primeira internação. Foram utilizados assim dados de 31.638 admissões hospitalares correspondendo a 26.416 pacientes, sendo divididos em grupo de crianças (com menos de 14 anos de idade) e grupo adulto (maiores de 14 anos). Como o diagnóstico dos casos era classificado segundo a 9.^a e 10.^a revisão da Classificação Internacional de Doenças, que resultava em muitos grupos, foi feito um reagrupamento de categorias, resultando em 26 grupos de diagnóstico para adultos e 19 para as crianças. Os dados finais indicaram que quase de um quinto (18,%) das internações eram reinternações e 15% dos pacientes tiveram pelo menos uma reinternação. Para adultos, o tempo mediano entre reinternações foi de um ano e dois meses. O tempo entre admissões foi inversamente relacionado ao número de internações prévias e à duração da internação precedente. Os grupos com tempos medianos mais curtos foram de insuficiência renal (80 dias) e doenças do fígado (216 dias). Em crianças, o tempo mediano para reinternação foi um ano e quatro meses. Para adultos, o aumento de um ano de idade representou um aumento de 1% no risco de reinternação e cada dia adicional na duração da estada hospitalar levou a um aumento de 1% a 1,5% no risco de reinternação. Em crianças, o risco de reinternação foi maior para as mais novas. Incremento de um ano na idade resultou numa redução de 3% a 6% no risco de reinternação. Incremento de um dia na internação representou um aumento de 1,5% no risco de reinternação.

2 PROPOSIÇÃO

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo principal do presente trabalho é estudar a ocorrência de reinternações não programadas no Hospital Estadual Bauru.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivo específico, pretende-se:

- a) Determinar a taxa de reinternações, no Sistema Único de Saúde, no Hospital Estadual Bauru, no período de 1.º de janeiro de 2006 a 30 de julho 2006;
- b) Descrever as características dos pacientes reinternados no referido Hospital;
- c) Determinar as causas ou condições associadas às reinternações.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 O HOSPITAL ESTADUAL BAURU

O Hospital Estadual Bauru (HEB) atende apenas a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado um hospital de grande porte, pois possui um total de 318 leitos; 1.191 funcionários, sendo 247 médicos, 97 enfermeiros, 159 auxiliares de enfermagem, 239 técnicos de enfermagem e 449 outros. É também considerado hospital-escola, pois oferece campo de estágio para os alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). O hospital oferece, atualmente, acupuntura, anestesiologia, alergia e imunologia, cardiologia pediátrica, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia cardiovascular, cirurgia dermatológica, endocrinologia, endocrinologia pediátrica, endoscopia digestiva, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, medicina do trabalho, medicina sanitária, clínica geral, nefrologia, neurologia, neurologia pediátrica, otorrinolaringologia, patologia, pneumologia, proctologia, psicologia, radiologia, reumatologia, gastroenterologia e nutrição pediátrica, nutrologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, ortoptia e urologia (HEB, 2006). O Hospital Estadual Bauru atende a um grande número de municípios da região central do Estado próximos à cidade de Bauru:

- a) Região de Bauru: Iacanga, Reginópolis, Pirajuí, Presidente Alves, Tibiriçá, Piratininga, Cabrália Paulista, Paulistânia, Lucianópolis, Bauru.
- b) Região de Lins: Promissão, Sabino, Guaiçara, Cafelândia, Getulina, Pongaí, Uru, Arealva, Duartina, Lins.
- c) Região de Jaú: Itaju, Bariri, Boracéia, Itapuí, Bocaina, Dois Córregos, Brotas, Torrinha, Mineiros do Tietê, Igarapu do Tietê, Jaú.
- d) Região de Lençóis Paulista: Balbinos, Avaí, Pederneiras, Barra Bonita, Macatuba, Borebi, Agudos, Lençóis Paulista.

3.2 CASUÍSTICA

Foram inclusos no estudo os pacientes que foram reinternados no período de 1.º de janeiro de 2006 a 30 de julho de 2006. Neste trabalho, a reinternação não programada é definida como uma readmissão de paciente (que não tenha sido agendada ou programada no momento da alta anterior) no mesmo Hospital, pela mesma condição ou condição relacionada, num período de até 31 dias após a alta. Foi feita a exclusão das internações de mulheres por doenças ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, pois, conforme recomendação de alguns autores, para a análise das internações, é necessário excluir o grupo de causas ligadas ao ciclo gravídico-puerperal pelas repetidas internações que esta condição propicia.

3.3 OBTENÇÃO DOS DADOS

Foram utilizados dados dos Relatórios de Internação do Hospital Estadual Bauru, referentes aos pacientes reinternados no período em estudo. Os estudos baseados na colheita de dados nos sistemas Agendamento e Pacientes são denominados de pesquisas operacionais. Recebem este nome pois são relatórios que dão base para os trabalhos cotidianos de unidade/setor. Todos os sistemas de informação podem ser divididos em duas partes: o Programa e o Banco de Dados. Os programas (Agendamento, Pacientes, *e-pront*, PACS...) têm funções específicas para a realização de uma determinada tarefa ou um conjunto de tarefas. Nos casos dos sistemas utilizados, o Agendamento tem como função principal o gerenciamento das agendas de atendimentos fornecidos pelo HEB e o registro das marcações (agendamentos). Ou seja, ele organiza os dados pertinentes aos dias que um determinado atendimento será oferecido por um membro da instituição e possibilita que os pacientes ocupem as vagas disponíveis para este atendimento. Como funções agregadas, ele possui diversos relatórios operacionais que facilitam as atividades cotidianas, como por exemplo, a necessidade de desmarcar todos os pacientes agendados para um médico que freqüentará um congresso. O sistema Paciente tem como função principal os

cadastros de todos os pacientes que usam ou usaram algum tipo de serviço prestado pelo HEB (exame de laboratório, atendimento ambulatorial, exame por imagem, internação, etc.) e também gerencia os dados sobre internações de pacientes. Da mesma forma que o sistema Agendamento possui relatórios de apoio, o sistema Paciente possui alguns relatórios operacionais como os de Posição de Enfermaria, Censo, Altas no período, entre outros. Os dados do sistema serviram basicamente para determinar o número de altas no período estudado bem como a distribuição das altas por idade e gênero dos pacientes.

Também foi feita uma entrevista em que foi preenchido um questionário (ANEXO A) contendo perguntas fechadas e semi-abertas, visando a elucidar outros aspectos que pudessem estar associados à reinternação, como: dificuldade da família em adquirir medicamentos, dificuldade em agendar consultas nos postos de saúde mais próximos de sua residência, tratamento incompleto por desconhecimento do paciente, falta de compreensão dos familiares aos cuidados a serem dispensados, entre outros aspectos.

Os pacientes reinternados foram abordados no próprio Hospital a qualquer momento antes de sua alta, desde que apresentassem condições físicas e mentais para compreender e responder sem dificuldade às perguntas do questionário. No caso de pacientes menores, as perguntas foram respondidas pelos pais ou responsáveis, com as necessárias adaptações. Os pacientes/responsáveis receberam uma explicação resumida do objetivo do trabalho e foram solicitados a assinar previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados assim coletados foram inseridos numa base de dados através de um aplicativo desenvolvido para essa finalidade, que permitiu o processamento posterior gerando tabelas e gráficos.

4 RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição dos casos de reinternação segundo o gênero e o grau de instrução. Quanto ao gênero, há uma pequena predominância dos casos do gênero masculino. Quanto ao nível de instrução, a tabulação foi realizada após a exclusão dos pacientes até dez anos de idade por não terem, em sua grande maioria, terminado o primeiro grau. Dos 165 pacientes restantes, predominaram os pacientes com o Ensino Fundamental completo correspondendo a dois terços. Não ocorreu nenhuma reinternação de paciente com nível de instrução superior.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes reinternados no HEB no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero.

Gênero	Freqüência	Porcentagem
Feminino	93	45,37
Masculino	112	54,63
Total	205	100,00

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes reinternados no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, com mais de 10 anos de idade, segundo o grau de instrução.

Grau de instrução	Freqüência	Porcentagem
Ensino Fundamental	109	66,06
Ensino Médio	22	13,33
Analfabeto	34	20,61
Total	165	100,00

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos casos de reinternação segundo a faixa etária. Percebe-se que os casos estão concentrados na faixa de zero a cinco anos de idade e depois uma concentração nos casos com 65 anos de idade ou mais e com apenas um caso com mais de 95 anos.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de reinternação no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo a faixa etária.

<i>Idade (anos)</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
0 ---- 5	33	16,10
5 ---- 10	7	3,41
10 ---- 15	1	0,49
15 ---- 20	2	0,98
20 ---- 25	7	3,41
25 ---- 30	2	0,98
30 ---- 35	4	1,95
35 ---- 40	6	2,93
40 ---- 45	11	5,37
45 ---- 50	12	5,85
50 ---- 55	7	3,41
55 ---- 60	11	5,37
60 ---- 65	11	5,37
65 ---- 70	16	7,80
70 ---- 75	26	12,68
75 ---- 80	22	10,73
80 ---- 85	22	10,73
85 ---- 90	4	1,95
90 ---- 95	-	-
95 ---- 100	1	0,49
Total	205	100,00

As tabelas que se seguem, da Tabela 4 à Tabela 20, apresentam as respostas às perguntas do questionário e são auto-explicativas. De maneira geral, essas tabelas mostram que a grande maioria dos pacientes estava informada sobre a causa de sua internação e que, na maioria, receberam informações escritas e verbais sobre os cuidados que deveriam observar em casa durante a convalescença. No entanto, verifica-se na Tabela 11 que praticamente metade dos pacientes referem dificuldades para obter o remédios indicados e, na Tabela 12, que 17% deles declaram não tomar os remédios conforme o recomendado. A Tabela 13 informa que 87,3% dos pacientes tiveram retorno agendado mas a Tabela 14 mostra que quase metade dos pacientes não compareceu ao retorno. A Tabela 15 nos informa que mais de 90% dos pacientes tiveram problemas de saúde em casa e, a seguir (Tabela 16), ficamos sabendo que em 83% dos casos esses problemas apareceram após a alta e que (Tabela 7), com apenas uma exceção, os pacientes informaram seus médicos de tais problemas. As Tabelas 18, 19 e 20 se referem às condições de moradia, todos dispõem de água encanada e energia elétrica e apenas uma das residências não dispõe de rede de esgoto.

Tabela 4 – Pergunta: Você sabe por que está internado?

<i>Resposta</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	20	9,76
Sim	185	90,24
Total	205	100,00

Tabela 5 – Pergunta: Explicaram sua doença?

<i>Resposta</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	13	6,37
Sim	191	93,63
Total	204	100,00

Tabela 6 – Pergunta: Você entendeu bem as explicações?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	60	29,27
Sim	145	70,73
Total	205	100,00

Tabela 7 – Pergunta: Recebeu instruções escritas?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	3	1,46
Sim	202	98,54
Total	205	100,00

Tabela 8 – Pergunta: Recebeu instruções verbais?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	9	4,39
Sim	196	95,61
Total	205	100,00

Tabela 9 – Pergunta: Você entendeu bem as explicações?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	34	16,58
Sim	171	83,42
Total	205	100,00

Tabela 10 – Pergunta: Tem pessoas em casa para ajudá-lo?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	4	1,95
Sim	201	98,05
Total	205	100,00

Tabela 11 – Pergunta: Teve dificuldade para conseguir os remédios?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	105	51,22
Sim	100	48,78
Total	205	100,00

Tabela 12 – Pergunta: Tomava os remédios conforme o recomendado?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	35	17,07
Sim	170	82,93
Total	205	100,00

Tabela 13 – Pergunta: Foi agendado retorno?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Para HEB	178	86,82
Para UBS	1	0,50
Não agendado	26	12,68
Total	205	100,00

Tabela 14 – Pergunta: Você compareceu ao retorno?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	84	46,93
Sim	95	53,07
Total	179	100,00

Tabela 15 – Pergunta: Teve problemas de saúde em casa?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	20	9,76
Sim	185	90,24
Total	205	100,00

Tabela 16 – Pergunta: Esses problemas já existiam?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Surgiram após a alta	154	83,24
Existiam desde a alta	31	16,76
Total	185	100,00

Tabela 17 – Pergunta: Você informou seu médico desses problemas?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	1	0,54
Sim	184	99,46
Total	185	100,00

Tabela 18 – Pergunta: Onde você mora tem água encanada?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	0	0
Sim	205	100,00
Total	205	100,00

Tabela 19 – Pergunta: Onde você mora tem energia elétrica?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	0	0
Sim	205	100,00
Total	205	100,00

Tabela 20 – Pergunta: Onde você mora tem rede de esgoto?

<i>Resposta</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Não	1	0,49
Sim	204	99,51
Total	205	100,00

A Tabela 21 apresenta os dados referentes ao tempo decorrido entre a alta e a reinternação subsequente; a Tabela 22 apresenta a distribuição de freqüência desses mesmos dados. Nota-se que aproximadamente um terço das reinternações ocorrem na primeira semana e que até o fim da segunda semana ocorre mais da metade das reinternações.

Tabela 21 – Mediana e média, desvio padrão, mínimo e máximo do número de dias entre a alta e a reinternação de pacientes no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006.

Gênero	Mediana	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Feminino	11	13,22	8,85	0	30
Masculino	10	12,01	8,38	0	30

Tabela 22 – Distribuição do número de dias entre a alta e a reinternação ocorridas no HEB entre 01/01/2006 e 30/7/2006.

<i>Dias</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Porc. Acum.</i>
0 ----- 7	67	32,68	32,68
7 ----- 14	50	24,39	57,07
14 ----- 21	42	20,49	77,56
21 ----- 28	33	16,10	93,66
28 ----- 30	13	6,34	100,00
Total	205	100,00	

A Tabela 23 mostra que dois terços das reinternações são devidas à mesma condição de saúde que motivou a internação imediatamente anterior e que as restantes estão também de alguma forma relacionadas ao mesmo problema.

Tabela 23 – Distribuição das reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, com mesmo diagnóstico da internação prévia ou apenas relacionado.

<i>Diagnóstico</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentagem</i>
Mesmo	140	68,29
Relacionado	65	31,70
Total	205	100,00

As Tabelas 24 e 25 relacionam o número de reinternações com as altas ocorridas no mesmo período e permitem o cálculo das taxas ou porcentagens de reinternação, segundo o gênero e a faixa etária. O Gráfico 1 permite uma melhor visualização destas taxas por faixa etária e sexo.

Tabela 24 – Número de altas e reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero e o grupo etário.

<i>Grupo Etário (anos)</i>	<i>Gênero feminino</i>		<i>Gênero masculino</i>		<i>Total</i>	
	<i>Altas</i>	<i>Reinternação</i>	<i>Altas</i>	<i>Reinternação</i>	<i>Altas</i>	<i>Reinternação</i>
0 ---- 2	146	11	195	17	341	28
2 ---- 18	620	5	913	9	1533	14
18 ---- 60	1448	24	1529	37	2977	61
60 e +	864	53	905	49	1769	102
Todas idades	3078	93	3542	112	6620	205

Tabela 25 – Taxa de reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero e o grupo etário.

Grupo Etário (anos)	Sexo feminino	Sexo masculino	Ambos
0 ---- 2	7,53	8,71	8,21
2 ----18	0,81	0,98	0,91
18 ---- 60	1,66	2,42	2,05
60 e +	6,13	5,41	5,77
Todas idades	3,02	3,16	3,10

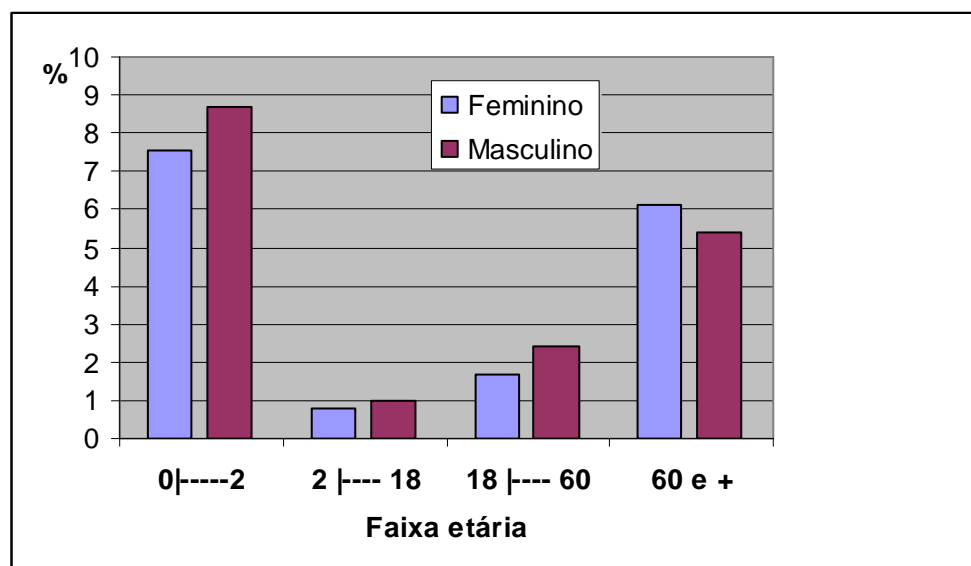


Gráfico 1 - Taxa de reinternações no HEB, no período de 01/01/2006 a 30/7/2006, segundo o gênero e o grupo etário.

5 DISCUSSÃO

No período de 1.º de janeiro de 2006 a 30 de julho de 2006, foram identificadas 205 reinternações que ocorreram até 30 dias da alta anterior. A comparação desse dado com o número de altas no período resulta numa porcentagem ou taxa de reinternação de 3,10%. As taxas de reinternação foram bastante similares para o gênero masculino e feminino, 3,16% e 3,02% respectivamente. Quanto à idade dos reinternados, verificamos que o maior risco de reinternação está associado às crianças com menos de dois anos de idade, que apresentam taxa elevada de 8,21%. Embora o gênero masculino apresente taxa de reinternação mais alta (8,71%) do que o gênero feminino (7,53%), essa diferença não é estatisticamente significativa. Estes dados são bastante similares ao encontrados por Madeira, Egry e Santos (1996), que num estudo sobre reinternação pediátrica, observaram 8,2% de reinternações. O grupo de idosos aparece em segundo lugar quanto à taxa de reinternação. Dos 1.769 pacientes com mais de 60 anos de idade que tiveram alta no período estudado, 102 foram reinternados dentro de 30 dias, resultando numa taxa de reinternação de 5,77%. Nesta faixa de idade, o gênero feminino apresentou maior taxa de reinternação (6,13%) do que o gênero masculino (5,41%), diferença também não estatisticamente significativa. O fator idade porém está fortemente associado ao risco de reinternação. Como já mencionamos, entre crianças com menos de dois anos de idade a taxa foi 8,21% contra 5,76% para o grupo de idosos. Para os pacientes entre dois e dezoito anos de idade, a porcentagem de reinternação foi de apenas 0,91%. Na faixa etária imediatamente acima, isto é, entre 15 e 60 anos de idade, a porcentagem foi 2,05%. Notamos que há dois grupos etários para os quais devemos prestar mais atenção: os menores de dois anos e os maiores de 60 anos de idade. Este último grupo, por ser o mais numeroso, representa o maior número de reinternações e, por estar associado às doenças crônicas, representa maior complexidade de tratamento e maior custo ao sistema hospitalar. Pelo teste do quiquadrado, estes dois grupos não diferem estatisticamente, mas diferem dos outros dois grupos intermediários ($P < 0,01$). Infelizmente, há pouca possibilidade de fazer uma comparação destes dados com os resultados de outros pesquisadores. A comparação com dados de outros países é limitada pelas

diferenças não apenas de metodologia, mas principalmente pelas diferenças nos métodos de administração hospitalar, na estrutura dos serviços de saúde, pelo contexto social-econômico, pela cultura e pelos conceitos prevalentes nas profissões de saúde e nos sistemas de pagamento e previdência social na área de saúde. Porém, algumas observações indicam que nossos valores não são elevados. Halfon et al. (2002) referem uma taxa de reinternação dentro de 30 dias de 5% em hospitais suíços. Segundo os dados de Heggstad (2002), em hospitais da Noruega, para pacientes com idade de 65 anos ou mais, a taxa de reinternação foi de 8,57%, bastante acima dos 5,77% que encontramos para pacientes com 60 ou mais anos de idade. Holloway e William (1989) informam taxa de reinternação de 9,5% em hospitais americanos, sendo a idade média dos reinternados 47,5 anos. Lagoe et al. (2001) obtiveram taxa de reinternação de 9,0% em hospital de Nova York, sendo a taxa para homens mais alta (13,4%) do que para mulheres (6%). Também Westert et al. (2002) obtiveram taxas mais elevadas para hospitais da Europa (10,9%) do que para os Estados Unidos (8,1%). Essas taxas de reinternação são todas mais elevadas do que as encontradas neste estudo. Infelizmente, o único dado a respeito de taxa de reinternação de hospital brasileiro que pudemos obter foi a informada num relatório de Indicadores de Desempenho Hospitalar do Hospital Universitário da USP, referente ao primeiro semestre de 2005 (disponível em: www.hu.usp.br/huusp/indicadores2005.htm), em que se encontra a taxa de 2% para reinternações dentro de sete dias da alta. Limitando nossas reinternações àquelas ocorridas até sete dias da alta, a taxa de reinternação é apenas 1,1%. Rocha, Simões e Guedes (1997), num estudo em hospitais de Ribeirão Preto-SP, verificaram que as taxas de reinternação entre pacientes do SUS e de medicina de grupo foram mais altas (16,4 e 16,3%, respectivamente) do que entre pacientes da categoria particular (11,1%); porém, foram contadas todas as repetições de reinternação ao longo do ano.

Neste estudo, o maior número de reinternações (76%) estavam ligadas à clínica médica, sendo que os casos relacionados com insuficiência coronariana foram 38%. Não foi possível determinar as taxas de reinternação por tipo de tratamento devido à multiplicidade de condições registradas, o que tornaria os números muito pequenos e sujeitando as taxas a uma grande variabilidade. Essa dificuldade foi registrada por Castro, Carvalho e Travassos (2005), que

sugerem uma classificação simplificada com 26 grupos de diagnóstico para adultos e 19 para crianças, para novos estudos deste tipo, lamentavelmente um número de categorias ainda muito grande. De maneira geral, os diversos autores concordam que as doenças crônicas associadas à idade avançada constituem o maior grupo de risco para reinternações.

O tempo decorrido entre a alta e a reinternação é um fator importante para identificar as causas ligadas ao atendimento hospitalar e as causas ligadas ao ambiente externo e ao domicílio do paciente. Quanto maior esse tempo menos provável se torna a influência das condições hospitalares e do tipo de tratamento recebido. Neste estudo, praticamente um terço das reinternações ocorreu na primeira semana após a alta e pode-se supor que essas reinternações sejam devidas ao fato de o paciente não ter suas condições de saúde devidamente estabilizadas ao sair do hospital. Os estudos existentes na literatura são inconclusos e mesmo divergentes a este respeito. O estudo de Ashton et al. (1995) examinou cuidadosamente este assunto e concluiu que entre 10% a 15% das reinternações poderiam ser atribuídas a tratamento subpadrão; entretanto, Halfon et al. (2002) concluem que apenas 1,7% das reinternações são devidas à qualidade do atendimento hospitalar. A suspeita que altas precoces poderiam estar relacionadas com um número maior de reinternações também não pode ser esclarecida. Holloway e Thomas (1989) concluem que seus dados indicam que a alta prematura é um fator importante nas reinternações; assim Heggstad (2002) concorda com esse posicionamento, mas o estudo de Lagoe et al. (2001) indicou que os pacientes que tiveram tempo de internação maior do que seis dias tiveram taxas mais altas de reinternação. Estudos deste tipo são difíceis por exigirem o reexame cuidadoso dos prontuários e a fixação de critérios de avaliação claros e precisos.

A influência dos fatores sociais como fatores de reinternação também é controversa. O estudo de Holloway, Thomas e Shapiro (1988), realizado para examinar os fatores clínicos e sociodemográficos das reinternações concluiu pela relativa insignificância dos fatores sociais. Os autores recomendam pesquisas adicionais envolvendo a coleta de dados sobre o ambiente da casa do paciente e os serviços de suporte externos para esclarecer o papel das condições sociais e ambientais no risco de reinternação. Os dados obtidos com o questionário utilizado neste estudo indicaram que a grande maioria

dos pacientes recebe instruções escritas e verbais para o cuidado em casa e declaram ter entendido essas instruções (Tabelas 5 a 10) e que quase todos têm alguém em casa para ajudar. No entanto, persiste a dúvida se essas instruções foram suficientemente enfatizadas e se as pessoas que ajudam em casa eram os acompanhantes do paciente na saída do hospital. Cerca de 48% dos reinternados referem dificuldades em obter os medicamentos recomendados (Tabela 11) e, embora mais de 80% tenham tido retorno agendado, apenas 53% compareceram ao retorno. É possível que essa baixa adesão esteja relacionada com o custo dos medicamentos e dificuldades de transporte e indica a necessidade de uma cuidadosa avaliação das condições socioeconômicas dos pacientes. Não parece haver favelados neste grupo de reinternados, pois contam com água encanada, esgoto e eletricidade em suas casas. Meireles et al. (2005) comentam sobre o insuficiente conhecimento do paciente e sua família sobre o processo da doença e do seu tratamento. Em seu estudo, encontraram que as famílias apresentavam relutância em aderir ao tratamento medicamentoso por ausência de sintomas clínicos evidentes da doença e pela elevada quantidade de doses diárias dos medicamentos administrados, além da dificuldade de cumprir as doses e os horários corretos. Assim, recomendam como ações prioritárias: identificar os fatores causadores e relacionados que impedem o controle eficiente do regime terapêutico, orientar sobre a doença, principalmente o caráter assintomático, o que não significa que possa suspender o tratamento; orientar quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos; envolver a família em programa educacional e de aconselhamento para se tornar capaz de oferecer o apoio necessário; orientar quanto à dieta adequada e, se possível, oferecer lista de medicamentos de baixo custo; aconselhar a restrição de bebidas que contenham cafeína ou álcool. Villacorta et al. (1998) atribuem as altas taxas de reinternação de idosos à falta de aderência ao tratamento; fatores socioeconômicos; orientação inadequada quanto às medidas higiênico-dietéticas e à falta de prevenção de infecção respiratória, através da vacinação contra pneumococos e vírus *influenza*. Miranda, Castro e Pazin Filho (2003) recomendam os seguintes critérios para alta de pacientes da cardiologia com o objetivo de reduzir a taxa de reinternação: 1) Peso seco atingido (sem edema); 2) Ausência de dispnéia ou tontura ao caminhar; 3) Uso de medicação oral não tendo sido necessário reajustá-la nas últimas 24 horas; 4) Não-utilização de agentes inotrópicos nas últimas 24 horas; 5) Função renal

estável ou melhorando; 6) Educação do paciente e familiares sobre restrição a sódio, limitação hídrica, horários da medicação, possíveis efeitos colaterais e retorno breve (mais ou menos uma semana) para reavaliação.

Uma complexa cadeia de eventos, alguns ligados às condições de tratamento intra-hospitalar, outras ligadas às condições do paciente e outras ainda ligadas às condições sociais e ambientais resultam na reinternação de pacientes com todos seus inconvenientes pessoais, familiares e para o sistema hospitalar. Certamente, uma fração dessas reinternações poderia ser evitada com o melhor conhecimento dos fatores mais importantes e elas associados.

6 CONCLUSÕES

- 1.** A taxa de reinternações não programadas no HEB, no período de 1.º de janeiro de 2006 a 30 de julho de 2006 foi de 3,10%.
- 2.** O grupo de crianças com menos de dois anos de idade e os idosos com 60 anos de idade ou mais apresentaram as maiores taxas de reinternação.
- 3.** Não houve diferença nas taxas de reinternação entre o gênero masculino e feminino.
- 4.** Dificuldades para obtenção de medicamentos e baixo comparecimento ao retorno para avaliação podem explicar parte das reinternações.
- 5.** Estudos sobre as causas de reinternação hospitalar constituem uma área pouco explorada no Brasil. Estudos deste tipo podem contribuir para redução das taxas de reinternação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ASHTON, C. M. et al. The Association between the Quality of Inpatient Care and Early Readmission. **Annals of Internal Medicine**, v. 122, n. 6, p. 415-421, 1995.
- ASHTON, C. M.; WRAY, N. P. A conceptual framework for the study of early readmission as an indicator of quality of care. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 11, p. 1533-1541, 1996.
- ASHTON, C. M. et al. The association between the quality of inpatient care and early readmission: a meta-analysis of the evidence. **Med. Care**, n. 35, p. 10, p. 1044-1059, 1997.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto integral. São Paulo: Ática, 1989.
- CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, n. 7, jan. 2002.
- CASTRO, M. S. M.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Fatores associados às readmissões hospitalares em um hospital geral brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1186-1200, 2005.
- FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Atlas, 1993.
- GERT, P. et al. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. **Health Policy**, n. 61, p. 269-278, 2002.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.
- HALFON, P. et al. Measuring potentially avoidable readmissions. **Journal of Clinical Epidemiology**, n. 55, p. 573-587, 2002.
- HEGGESTAD, T. Do Hospital Length of Stay and Staffing Ratio Affect Elderly Patients' Risk of Readmission? **Health Services Research**, v. 37, n. 3, p. 647-665, 2002.
- HOLLOWAY, J. J.; THOMAS, J. W.; SHAPIRO, L. Clinical and sociodemographic risk factors for readmission of *Medicare* beneficiaries. **Health Care Financing Review**, v. 10, n. 1, p. 27-35, 1988.
- HOLLOWAY, J. J.; WILLIAM, T. J. Factors influencing readmission risk: implications for quality monitoring. **Health Care Financing Review**, v. 11, n. 2, p. 19-32, 1989.

HOSPITAL ESTADUAL BAURU. **Controle de leitos**. Relação de internações. Bauru, 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Indicadores de desempenho hospitalar**. Disponível em: <<http://www.hu.usp.br/huusp/indicadores2005.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

KOSSOVSKY, M. P. et al. Unplanned Readmissions of Patients with Congestive Heart Failure: Do They Reflect In-Hospital Quality of Care or Patient Characteristics? **American Journal of Medicine**, n. 109, p. 386-390, 2000.

LAGOE, R. J. et al. Hospital readmission: Predicting the Risk. **Journ. Nurs. Care Qual.**, n. 15, v. 4, p. 69-83 2001.

MADEIRA, L. M.; EGRY, E. Y.; SANTOS, N. C. P. Reinternação pediátrica: conhecendo a magnitude do problema. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 4, p. 531-548, 1996.

MARINHO, J. Depois dos 60. **Revista COREN-SP**, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, n. 55, jan./fev. 2005.

MEIRELES, V. C. et al. Diagnósticos e ações de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. **Cogitare Enferm**, v. 10, n. 3, p. 37-43, 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde. Portaria 95, de 26 de janeiro de 2000. **Diário Oficial da União**, 29 jan. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estabelece o sistema de classificação hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Portaria n.º 2224/GM de 5/12/2002**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)**. Disponível em: <<http://portalweb01.saude.gov.br/pits>>. Acesso em: 20 jun. 2003.

MIRANDA, C. H.; CASTRO, R. B. B.; PAZIN FILHO, A. Urgências e Emergências Cardiológicas. Capítulo IV do Simpósio. **Revista da FMRP**, n. 36, p. 179-186, 2003.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças 10**. revisão. CBCD, 1995.

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

SOSKOLNE, E. I. et al. The Effect of Early Discharge and Other Factors on Readmission Rates of Newborns. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 150, n. 4, p. 373-379, 1996.

TSAI, L. A. C.; RIVERS, P. A. Hospital re-admissions: an empirical analysis of quality management in Taiwan. **Health Services Management Research**, v. 14, n. 2, p. 92-103, 2001.

VILLACORTA, H. et al. Evolução Intra-hospitalar e Seguimento Pós-alta de Pacientes Idosos Atendidos com Insuficiência Cardíaca Congestiva na Unidade de emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 70, n. 3, p. 167-171, 1998.

VINSON, J. M. et al. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. **Am. Geriatr. Soc.**, v. 39, n. 10, p. 1045-1046, 1991.

WESTERT, G. P. et al. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. **Health Policy**, n. 61, p. 269-278, 2002.

ANEXOS

ANEXO A – REINTERNAÇÕES NO HOSPITAL ESTADUAL BAURU: OCORRÊNCIA E POSSÍVEIS CAUSAS

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES REINTERNADOS

1. Sexo	Masculino	()	2. Idade	----- (anos)	
	Feminino	()			
3. Grau de Instrução	- Analfabeto	()			
	- 1º. grau	()			
	- 2º. grau	()			
	- 3º. grau	()			
4. Você sabe por que está internado?	Sim	()			
	Não	()			
5. Explicaram sua doença?	Sim	()			
	Não	()			
6. Você entendeu a explicação?	Sim	()			
	Não	()			
7. Quando teve alta, recebeu instruções escritas sobre os cuidados a serem efetuados em casa?	Sim	()			
	Não	()			
8. Recebeu explicações verbais sobre os cuidados a serem efetuados em casa, como curativos, higiene?	Sim	()			
	Não	()			
9. Você entendeu bem as explicações?	Sim	()			
	Não	()			
10. Você tem pessoas em casa para ajudá-la (o) nesses cuidados?	Sim	()			
	Não	()			
11. Teve alguma dificuldade para conseguir os remédios recomendados?	Sim	()			
	Não	()			
12. Você sempre tomava os remédios conforme o recomendado?	Sim	()			
	Não	()			
13. Quando teve alta, foi agendado o retorno?	HEB	()			
	UBS	()			
14. Você compareceu ao retorno?	Sim	()			
	Não	()			
15. No tempo em que ficou em casa teve problemas como febre, hemorragias, dor relacionada ao motivo de internação anterior?	Sim	()			
	Não	()			

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr./Sr.^a paciente: Estamos realizando uma pesquisa sobre as “**REINTERNAÇÕES NO HOSPITAL ESTADUAL BAURU: OCORRÊNCIA E POSSÍVEIS CAUSAS**”. Esta pesquisa visa identificar as razões porque alguns pacientes passam por reinternações não programadas que implicam em sobrecarga às atividades do Hospital e são motivo de preocupação, desconforto e aborrecimentos para o próprio paciente. Este estudo pode nos ajudar a reduzir a ocorrência de reinternações. Solicitamos, portanto sua colaboração neste projeto concordando em ser entrevistada sobre as perguntas do questionário anexo bem como autorizando o acesso ao seu prontuário para coleta de algumas informações adicionais. Sua participação é completamente voluntária e não tem nenhuma relação com o atendimento que você recebe neste Hospital, isto é se você não participar seu atendimento continuará sendo feito normalmente. Também não implica em despesa de nenhum tipo bem como nenhuma compensação financeira e você poderão desistir de participar a qualquer tempo. Garantimos a você o completo sigilo das suas informações que deverão ser analisadas em conjunto com as de outros pacientes e exclusivamente para fins deste projeto.

Em caso de qualquer dúvida sobre este projeto entre em contato com a enfermeira **Ana Paula Delgallo Merli**, no setor de enfermagem deste Hospital ou pelo endereço e telefone indicados abaixo ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP na cidade de Botucatu.

Eu declaro que entendi os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e que recebi os esclarecimentos que solicitei. Ficou claro também que minha participação é voluntária e isenta de despesas. Concordo em participar deste estudo e entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Uma cópia deste documento ficará com o pesquisador e outro comigo.

Assinatura do paciente/representante legal

Data: ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____ / ____ / ____

Ana Paula Delgallo Merli
Rua Cristiano Pagani, 10-49 J. Contorno.
Fone: (14) 3019-9892/ 9601-1087
e-mail: anamerli@ig.com.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)