

Prevalência de readmissões após alta em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do interior de Rondônia

Prevalence readmissions after discharge into the Intensive Care Unit countryside of Rondônia

Prevalencia de readmisiones después del alta médica en una Unidad de Terapia Intensiva de un hospital en el interior de Rondônia

Rittiela Rocha da Silva^{1*}, Fernando Augusto Pinheiro¹, Ariane Cristina de Melo Carvalho¹, Caio Alves Barbosa de Oliveira¹, Emilly Karine Ventura de Lima¹, Aline Brito Lira Cavalcante¹, Priscila Nayara Vasconcelos Posso¹, Andreska Lara Silva Bonfá¹, Jéssica dos Santos Souza¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de readmissões após alta em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital do interior de Rondônia. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, descritivo, documental e de abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos através de registros em prontuários durante todo ano de 2018, os critérios de inclusão foram pacientes maiores de dezoito anos, de ambos os sexos independente de cor e etnia que sofreram readmissão à UTI na mesma hospitalização. A taxa de readmissões foi calculada com o número de reinternações sobre total de internações na UTI no período do estudo. **Resultados:** Foram identificados 43 casos de readmissões, com predominância do sexo feminino (62,79%), com idade média de 62,51 anos, o principal motivo para readmissão foi reabordagem cirúrgica sendo 25 (58,13%) procedimentos. A taxa de óbitos foi de 34% (15 casos). **Conclusão:** Constata-se que a taxa de readmissão é útil na avaliação da qualidade do serviço e na prestação do cuidado, envolvendo marcadores de assistência multiprofissional.

Palavras-chave: Readmissão do paciente, Unidades de Terapia Intensiva, Alta do paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of readmissions after discharge into the intensive care unit (ICU) in a hospital in the countryside of Rondônia. **Methods:** Cross-sectional study, retrospective, descriptive, documentary and quantitative approach. Data were obtained from medical records throughout 2018, the inclusion criteria are from patients over eighteen, of both sexes, regardless of color and ethnicity who had readmission into the ICU at the same hospitalization. The readmission rate was calculated as the number of readmissions over total ICU admissions during the study period. **Results:** Were identified 43 cases of readmissions with a female predominance of 62.79% with an average age of 62.51, the main reason for readmission was surgical approach being 25 (58.13%) procedures. The death rate was 34% (15 cases). **Conclusion:** It is found that the readmission rate is useful in assessing service quality and care delivery, involving markers of multidisciplinary care.

Keywords: Patient readmission, Intensive Care Unit, Patient discharge.

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia-los reingresos después del alta médica en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital en el interior del estado de Rondônia. **Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, documental y cuantitativo. Los datos se obtuvieron de los registros médicos a lo largo del 2018, los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de dieciocho años, de los sexos, independientemente del color y el origen étnico, que fueron readmitidos en la UCI en la misma hospitalización. La tasa de readmisión se calculó como el número de reingresos sobre el total de admisiones en la UCI durante el período lo estudio. **Resultados:** Identificamos 43 casos de reingresos con predominio femenino (62.79%) con una edad promedio de 62.51 anos y la razón principal para el reingreso

¹ Hospital Regional de Cacoal (HRC), Cacoal – Rondônia. *E-mail: rittelarochoa@hotmail.com

fue el abordaje quirúrgico ocurriendo 25 procedimientos (58.13%) . La tasa de mortalidad fue de 34% (15 casos). **Conclusión:** se concluye que la tasa de reingreso es útil para evaluar la calidad del servicio y brindar atención, involucrando marcadores de la atención multidisciplinaria.

Palabras clave: Readmisión del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos, Alta del paciente.

INTRODUÇÃO

O fluxo do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS) é definido pela complexidade de sua patologia e do nível de necessidade tecnológica de sua demanda. Quando a atenção primária ou secundária não é dotada de recursos suficientes para o atendimento adequado do paciente este por sua vez é encaminhado para níveis de assistência mais elevados como o terciário, ou serviços de referência com especialidades diversificadas. As unidades hospitalares são capazes de fornecer diversos tipos de atendimentos adequados, sendo um deles a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), setor de referência para usuários com graves enfermidades (CASTRO RB, et al., 2016).

Hoje as Unidades de Terapia Intensiva têm como finalidade atender aos pacientes críticos, que são potencialmente recuperáveis, com assistência multiprofissional intensiva, constante e especializada, utilizando tecnologia diferenciada, ofertando suporte e tratamento intensivo, tendo como foco uma monitorização ininterrupta por 24 horas, podendo contar também com equipamentos de alta tecnologia e específicos que possam auxiliar o diagnóstico e o tratamento (BOUGARD FS e SUE DY, 2005).

Araújo TG, et al. (2013) destaca que o avanço tecnológico somado ao aumento do número de idosos e a gravidade das patologias, que acabam resultando em cuidados intensivos com custos mais elevados, tornando o custo-eficiência clínica de grande importância na assistência ao paciente gravemente enfermo.

A morbimortalidade dos pacientes que são admitidos na UTI é variável e demonstra sinais de alerta previamente à internação. Modificações fisiológicas que implicam em alterações na hemodinâmica do organismo podem evidenciar precocemente os pacientes que requerem monitorização intensificada, ainda mesmo nas enfermarias, devido ao fato de serem potencialmente críticos, porém essa identificação tardia contribui para aumento da mortalidade hospitalar (TAVARES RCF, et al., 2008).

A necessidade de rotatividade de leitos, redução de gastos e tempo de internação que são influenciadas pela pressão socioeconômica, somado a poucas avaliações relacionadas aos extensos e peculiares critérios estabelecidos para a alta do paciente, podem favorecer inapropriadas indicações de alta, podendo acarretar risco ao paciente. Dessa forma, mesmo os pacientes ainda necessitando dos cuidados e tratamentos disponibilizados na UTI podem ter precocemente sua alta estabelecida (ARAÚJO TG, et al., 2013).

Durante uma mesma internação hospitalar é observado o alto índice de readmissão na UTI e óbitos após alta do setor, sendo que, tais dados são de grande relevância para serem utilizados como indicadores de qualidade para melhorar a assistência (ARAÚJO TG, et al., 2013). Abelha FJ, et al. (2006) aponta que estudos recentes demonstram que uma permanência prolongada na UTI com estratégias terapêuticas adequadas impacta positivamente o prognóstico do paciente.

Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência de readmissões após a alta da UTI em um hospital no interior de Rondônia, podendo também avaliar os possíveis fatores contribuintes para as readmissões, para assim poder traçar metas para possível melhoria nas taxas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter transversal, do tipo retrospectivo, descritivo, documental e de abordagem quantitativa, sendo uma pesquisa de campo. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED com o parecer de número 2.948.055. Tais dados estavam disponíveis em prontuários e informações no censo diário da UTI; os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, independente

de cor e etnia, que sofreram readmissão na UTI na mesma hospitalização em hospital público do interior do estado de Rondônia. Todas as admissões do período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018 foram incluídas de modo consecutivo. A taxa de reinternações foi calculada com o número de reinternações sobre total de internações, obtidos através do censo diário e livro de registros na UTI no período do estudo.

Não foram incluídos na pesquisa prontuários de pacientes que evoluíram com óbito na primeira internação na UTI e aqueles que foram readmitidos após alta hospitalar, prontuários que não foram encontrados ou que estavam ilegíveis. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2019 a março de 2019, através do levantamento de informações de pacientes, contidos nos livros de registro de internações, disponíveis nas UTI e prontuários.

Em uma primeira etapa foram levantadas todas as internações que ocorreram no ano de 2018 nas duas UTIs, para somente então, extrair as readmissões ocorridas durante o mesmo período. As informações coletadas foram registradas em forma de planilha de Excel®: número do prontuário, sexo, idade, data de admissão, condição de saída, data de saída, diagnóstico que motivou internação, clínica que foi encaminhado, data da reinternação, diagnóstico que motivou a reinternação, tempo que levou para a readmissão e desfecho do caso após a reinternação. Informações indisponíveis ou incompletas foram obtidas através de prontuário eletrônico de arquivo médico da instituição.

A análise estatística tem como objetivo identificar a taxa de prevalência de readmissões após a alta da UTI, para tanto, foram estruturadas tabelas. Após a coleta, os dados foram processados e consolidados em base constituída no programa Excel® 2010, tendo em vista a qualidade durante todo o processo, sendo os resultados posteriormente analisados e discutidos.

RESULTADOS

No ano de 2018, a UTI recebeu 723 internações, sendo 649 pacientes, com um predomínio do gênero masculino (55,77%), com idade média de 63,4 anos. A média de internação geral foi de 7,8 dias. A amostra é composta por 43 pacientes, onde foi dividida em 15 internações na UTI 1 e 28 internações na UTI 2. A taxa de readmissões foi de 6,62% (43 casos), sendo que o tempo médio entre a primeira e segunda internação foi de 16,2 dias, tendo com o menor período 1 dia e o maior 123 dias.

Verificou-se que dos 43 pacientes que foram readmitidos, 62,79% eram mulheres, com idade média de 62,51, sendo a maior idade 83 e a menor idade 27. Foi observado que o tempo médio na reinternação foi menor que na primeira internação, sendo de 7,9 dias para 9,8 dias, respectivamente (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Variáveis de pacientes readmitidos

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%
Gênero	Masculino	16	37,20
	Feminino	27	62,79
Faixa etária	≤ 60	14	32,55
	> 60	29	67,44
Tempo de Permanência da reinternação	≤ 7	25	58,13
	> 7	18	41,86

Fonte: Silva RR, et al., 2019.

O principal motivo para readmissão foi reabordagem cirúrgica, sendo 25 (58,13%) procedimentos. A taxa de óbitos foi de 34% (15 casos), onde chama atenção que a maior taxa de óbito é voltada ao paciente rebordados cirurgicamente 06 (40%) casos.

Ao serem observadas as principais causas que levaram à primeira internação dos 43 pacientes que receberam alta da UTI e que, durante a mesma internação hospitalar, foram readmitidos, verificou-se uma taxa elevada de readmissão e mortalidade em ambas as UTIs (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Prevalência de pacientes reinternados

	UTI	INTERNOU	REINTERNOU	ÓBITO
PACIENTES	1	15	21	7
	2	28	22	8
IRpA*	1	2	6	2
	2	1	3	1
TRAUMA	1	1	--	--
	2	1	--	--
PÓS OPERATÓRIO	1	7	10	1
	2	17	15	5
CARDIOLOGIA	1	2	2	2
	2	2	2	1
NEUROLOGIA	1	1	--	--
	2	3	--	--
IRA**	1	2	1	1
	2	4	1	--
SEPSE	1	--	2	1
	2	--	1	1

Legenda: *Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA), **Insuficiência Renal Aguda (IRA).

Fonte: Silva RR, et al., 2019

Clientes cirúrgicos representaram maior índice de primeira internação em ambas as UTIs (55,8%), reservados a cirurgias de grande e médio porte da cirurgia geral (50%), oncocirurgia (12,5%), neurocirurgia (12,5%), ortopédicas (12,5%), cirurgia torácica (4,16%), urológicas (4,16%) e bucomaxilo (4,16%).

DISCUSSÃO

Readmissão hospitalar é conceituada como a repetida internação hospitalar de um paciente em um mesmo hospital depois de certo período de tempo. Para os casos de readmissão a literatura trás um período indefinido de tempo podendo estar entre sete dias e um ano, porém quando essas acontecem antecipadamente pode ser indicio de uma possível alta precoce e alguns outros problemas referentes aos cuidados prestados. Já observando as readmissões tardias estas estão normalmente ligadas às doenças crônicas, fatores socioeconômicos e dificuldade de acesso a serviços de saúde extra hospitalares (CASTRO MSM, et al., 2005).

Este estudo deu enfoque aos casos de readmissões em UTI e, segundo Ricci H, et al. (2016), um dos indicadores de qualidade em saúde são as reinternações hospitalares, principalmente as mais precoces. Estas são de grande interesse aos gestores, pois contribuem para o aumento significativo das despesas para o sistema de saúde e desfavorece a acreditação hospitalar da instituição. Em relação ao usuário, pode ocasionar complicações no tratamento ao oportunizar maiores riscos de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde, além de aumentar a falta de confiança no serviço, estresse ao ter sua rotina diária, independência e privacidade mudadas, dentre outros agravos, fazendo-se necessário um critério ainda maior para avaliação individual do paciente.

Perante a adversidade de definir o vínculo entre a readmissão e qualidade da assistência, compreende-se para que este seja utilizado como indicador de resultado se faz necessário a utilização em conjunto com diversificados indicadores, porém devem ser ponderados conforme a demanda e realidade da instituição

que for implantada e de quais fatores isso poderá influenciar, principalmente no que diz respeito a distribuição de recursos à disposição e configuração dos diferentes níveis de atenção (DIAS BM, 2015). Oakes DF, et al. (2014) aponta que estudos demonstram que a tomada de decisão para a alta do paciente da UTI não depende apenas da estabilização hemodinâmica e sim de fatores organizacionais como leitos disponíveis na unidade de destino e jornada de trabalho, pois a precocidade na alta eleva a taxa de readmissões de 22 a 44%. Após a alta da UTI, os pacientes apresentam uma deterioração clínica rápida ou evoluem a óbito em um curto período pós alta. Afirma também que a mortalidade é significativamente maior em pacientes readmitidos.

Deve-se considerar que no campo de estudo desta pesquisa não há disponíveis leitos de unidades de terapia semi intensiva, favorecendo ainda mais para a alta precoce dos pacientes dos cuidados intensivos, sendo encaminhados para clínicas de internações de diversas especialidades, sendo o principal destino clínicas cirúrgicas e médica. Rodrigues CM, et al. (2016), afirma que tal fato pode contribuir com a reinternação do paciente devido assistência necessária insatisfatória à condição clínica do paciente, relacionado à sobrecarga de funções, inexperiência profissional, recursos humanos insuficientes para a demanda de usuários e materiais escassos.

Novaretti MZ, et al. (2014) descreve em seu estudo que pacientes internados por quatro dias ou mais possuem possibilidade aumentada de sofrer um evento adverso de quase 11 vezes em analogia às admissões de períodos menores. Não podemos deixar de mencionar que pacientes assistidos por profissionais com sobrecarga de trabalho apresentam mais do que o dobro de chance de sofrerem ao menos um efeito adverso. A sobrecarga de trabalho seja ela por um número reduzido de recursos humanos ou de uma carga horária sobrecarregada vem a culminar como fator de risco até mesmo pode contribuir para o aumento da ocorrência de infecções hospitalares em pacientes críticos.

Foi observado, neste trabalho, a média de 9,8 dias de internação e de 7,9 dias para reinternações, o que demonstra maior tempo na ocupação do leito de UTI se comparado com o tempo divulgado no 2º Anuário Brasileiro de UTIs - é 5,10 a nível nacional e de 6,86 na região norte (ORLANDO JMC e MILANI R, 2010). Tendo em vista a alta demanda dos serviços de saúde, a falta da disponibilidade de leitos é um fator crítico que se agrava quando a taxa de permanência de internação do usuário se torna mais longa, dificultando que novos atendimentos sejam realizados, aumentando a fila de espera e podendo agravar o quadro clínico do usuário (CASTRO RR, et al. 2016).

Evidenciou-se que no total de internações gerais, o gênero masculino teve uma predominância de 55,77%, com idade média de 63,4 anos, provavelmente justificado pela baixa adesão dos homens aos serviços de saúde preventivos e estilo de vida mais prejudicial se comparado a mulheres, facilitando o advento de doenças crônicas degenerativas (RODRIGUEZ HA, et al., 2016). Porém, se tratando da amostra dos pacientes das reinternações, este quadro muda para o gênero feminino 62,79%, com idade média 62,51; o que é divergente se comparado a diversos outros estudos que trazem o sexo masculino como predominante.

Com o passar das décadas esforços foram feitos para que o aumento da atual expectativa de vida fosse possível proporcionando a evolução dos números nos últimos anos e contrapartida vem exigindo mais atenção do estado e dos atendimentos de saúde. Todavia, com o aumento da expectativa de vida veio o aumento da população idosa ocasionando o aumento da prevalência e incidência de doenças e condições crônicas que na maioria das vezes aumentam as taxas de internações e reinternações hospitalares de idosos. Podemos citar como causas envolvidas para o alto índice de internação para esta população, as doenças crônico-degenerativas e as sequelas que estas podem provocar e a falta de serviços prestados na atenção primária de baixa cobertura (CARBONI RM e REPPETTO MA, 2007).

As condições clínicas dos pacientes idosos relacionadas à saúde levam essa população a uma frequência maior de hospitalização e cuidados de saúde; fazendo com que o índice de internações seja elevado. Levando em consideração que idosos, em sua grande maioria, apresentam suas funções fisiológicas, imunológicas, dentre outras já supracitadas, diminuídas devido alterações do próprio envelhecimento, faz com que o paciente idoso tenha uma possibilidade aumentada de desenvolver

complicações, como infecções hospitalares, podendo assim aumentar o tempo de internação (MARTIN GB, et al., 2006). Na pesquisa realizada por Abelha FJ, et al. (2006), as UTIs apresentaram taxas de mortalidade entre 5,4 e 33%, sendo que neste estudo o valor final de óbitos após as readmissões foram de 34%, evidenciando uma taxa maior que o padrão encontrado na literatura. Verificou-se maior mortalidade em pacientes com idade superior aos 60 anos. Alguns estudos como o de Oliveira FAB, et al. (2010), ressaltam que a idade avançada está ligada à alta taxa de mortalidade. Todavia, deve-se considerar que estes podem ter sofrido distorção de outras variáveis por apontar uma pequena população.

A taxa de readmissões foi de 6,62% (43 casos) tendo como principal fator complicações pós-operatórias, corroborando com o estudo de Japiassú AM, et al. (2009) que apresenta pacientes cirúrgicos com 63%, porém diverge dos resultados encontrados por Araujo TG, et al. (2013) que evidenciou como principal causa as condições cardiorrespiratórias, com 22,7%. Incoerências na decisão de alta do paciente internado na UTI influencia diretamente no tratamento terapêutico, expondo-o a cuidados inapropriados; acarretando assim mortes inesperadas ou readmissões na terapia intensiva durante a mesma hospitalização, o que eleva o quantitativo da morbidade e mortalidade, custos de hospitalização e permanência hospitalar (ARAUJO TG, et al., 2013).

Segundo Ricci H, et al. (2016), as readmissões podem ser classificadas em: planejadas, sendo essas de importância para continuação do tratamento ou até mesmo para uma avaliação diagnóstica mais eficaz; ou podem ser classificadas em eventuais, do qual estas podem ser evitáveis ou não. Algumas das readmissões são evitáveis, pois, associariam os indicadores de mau atendimento durante a internação, instabilidade hemodinâmica no momento da alta e até mesmo baixa resolução da patologia passe.

Japiassú AM, et al. (2009) aponta que falta de resolução do quadro clínico do paciente internado na UTI favorece de forma elevada a reinternação desse usuário. Outros fatores que influenciam na alta precoce são as altas a pedido dos próprios pacientes internados, famílias e/ou médicos assistentes, especialmente pelo fator limitante da impossibilidade da permanência de acompanhamento familiar em tempo integral na UTI, o que favorece o surgimento de maus sentimentos ao paciente, sendo minimizado pelo psicólogo como integrante da equipe multiprofissional.

Diversos fatores podem contribuir para a readmissão de pacientes cirúrgicos, como complicações cirúrgicas tardias relacionadas à patologia e ao tipo de cirurgia, comorbidades e estilo de vida prévios, inexperiência profissional, falhas no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatórios e outros. Torres LM (2011) traz em seu estudo que a infecção de sítio cirúrgico foi fator determinante para a readmissão de pacientes ortopédicos e de procedimentos ligados à cirurgia geral, sendo fundamental o fortalecimento dos protocolos institucionais, atualização profissional e outros. Além disto, cabe salientar que o sucesso no desfecho da recuperação eficaz do paciente em situação de pós-operatório se deve à uma equipe multiprofissional em sintonia com o usuário, dentre os membros desta, chama-se à atenção para o corpo de enfermagem, pois invariavelmente permanece em tempo maior prestando os cuidados voltados ao paciente, o que contribui para o fortalecimento dos laços de confiança e conseqüentemente melhor adesão deste ao tratamento (DA ROCHA DR e IVO OP, 2015). Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos estão predispostos a permanecerem por mais tempo internados em UTI devido aos fatores de risco correlacionado a patologia, o que leva há uma má evolução do prognóstico e elevação dos custos de internação (ABELHA FJ, et al., 2006).

Neste estudo, complicações pós-operatórias foram as maiores causas de readmissão de paciente em UTI durante a mesma internação, o que vai de encontro com estudos anteriores de mesma natureza. Além disso, o número de óbitos após as readmissões apresentou-se superior à literatura pesquisada, o que deve ser levado em consideração para decidir o momento oportuno de alta do paciente da Unidade de Terapia Intensiva, levando-se em conta o custo benefício de manter o paciente no leito de UTI e o número limitado de vagas diante da demanda de pacientes necessitando de cuidados intensivos.

A decisão para que possa ser realizada a alta do paciente em UTI é complexa e envolve causas diversas, levando em consideração que a variabilidade das condições clínicas encontradas é diversificada. Outra dificuldade encontrada é a falta de literatura que aponte com ênfase os critérios de alta, tendo em

vista que se esses critérios forem bem definidos podem contribuir para a redução do tempo de permanência do paciente e consequentemente reduzindo gastos sem atrapalhar na qualidade da assistência prestada (SILVA MCM, 2007).

Realizar a caracterização dos pacientes da UTI pode contribuir para a construção das normas para admissões e altas deste setor, é para que se estabeleça critérios para estes é necessário conhecer do perfil dos pacientes críticos. Tudo isso contribui para que a utilização dos leitos de UTI seja realizada com maior racionalidade, redução da permanência na unidade e consequentemente diminuição de exposições e riscos desnecessários ao paciente (SILVA MCM, 2002).

Baseado nas ponderações citadas compreende-se que os estudos sobre readmissões hospitalares, trazendo como foco principal a qualidade da assistência e serviços, se torna uma temática de significativa relevância em estudos contemplando a linha de organização dos serviços de saúde na área de enfermagem, podendo desta forma fortalecer ações desenvolvidas no campo da avaliação de serviços de saúde (DIAS BM, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do intervalo de tempo observado no estudo demonstrar-se pequeno, interferindo assim no resultado, constata-se que a taxa de readmissão é útil na avaliação da qualidade do serviço e na prestação do cuidado, envolvendo marcadores de assistência multiprofissional. Encontrou-se como impasse para o desenvolvimento deste estudo a escassez de trabalhos publicados nesta temática, dificultando a discussão dos dados obtidos. Sendo assim, os autores sugerem o aumento de pesquisas nesta mesma linha, considerando que a terapia intensiva é um local de alta complexidade de assistência multiprofissional que demanda atualizações e práticas baseadas em evidências constantemente. Foi também observado que se faz necessário, para uma melhoria da qualidade da assistência, a elaboração e implantação de um protocolo de alta com o objetivo de diminuir as altas precoces, visando a diminuição da taxa de readmissões em unidades de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. ABELHA FJ, et al. Mortalidade e o tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. *Rev Bras Anesthesiol*, 2006, 56(1): 34-45.
2. ARAUJO TG et al. Readmissions and deaths following ICU discharge: a challenge for intensive care. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 2013, 25(1): 32-38.
3. BONGARD FS e SUE DY. Terapia intensiva: diagnóstico e tratamento. In: *Terapia intensiva: diagnóstico e tratamento*. 2 ed. Artmed, 2005.
4. CARBONI RM e REPPETTO MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 1, 2007.
5. CASTRO RR, et al. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na Cidade de Anápolis–Goiás–2012. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2016, 5(2): 115-124.
6. CASTRO MSM, et al. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1186– 1200, 2005.
7. DA ROCHA DR e IVO OP. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: uma percepção do cliente. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 2, 2016.
8. DIAS BM. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. 2015 Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
9. JAPIASSÚ AM, et al. Fatores preditores precoces de reinternação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2010, 21(4): 353-358.
10. MARTIN GB, et al. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2006, 15(1): 59-65.
11. NOVARETTI MZ, et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.
12. OAKES DF, et al. Avaliação de riscos de readmissão em UTI através do escore Stability and Workload Index for Transfer. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 40, n. 1, p. 69-72, 2014.

13. OLIVEIRA ABF, et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 2010, 22(3): 250-256.
14. ORLANDO JMC e MILANI R. 2º Anuario Brasileiro de UTIs – 2º Censo Brasileiro de UTIs, São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Edição 2002-2003.
15. RICCI H, et al. Readmissão precoce em hospital público de alta complexidade em cardiologia. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2016, 17(6): 828-834.
16. RODRIGUES CM, et al., (2016). Fatores na admissão à unidade de terapia intensiva associados à readmissão em pacientes onco-hematológicos graves: estudo retrospectivo de coorte. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(1): 33-39.
17. RODRIGUEZ AH, et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, v. 69, n. 2, p. 229-234, Apr. 2016.
18. TAVARES RCF, et al. Validação de um score de alerta precoce pré- admissão na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2010, 20(2): 124-127.
19. TORRES LM. Readmissão por infecção de sítio cirúrgico em um hospital público de Belo Horizonte (MG). Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015; 106 p.
20. SILVA MCM. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das unidades de terapia intensiva do Município de São Paulo. *Rev Paul Enferm.* 2002; 21:50-7.
21. SILVA MCM. Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.