

4.04.03 - Enfermagem / Enfermagem Pediátrica.

## PERFIL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE CRIANÇAS READMITIDAS EM UNIDADE DE PEDIATRIA

Paola Costa Carvalho<sup>1</sup>, Diana Lúcia Moura Pinho<sup>2</sup>

1. Estudante de IC do Curso de Enfermagem da UnB - FCE

2. Professora Adjunta da UnB - FCE / Orientadora

### Resumo:

A readmissão hospitalar é um indicador clássico para avaliar a qualidade da assistência e reflete a eficácia da prevenção de complicações no pós-alta. Neste estudo, objetivou-se analisar o perfil das readmissões não programadas de crianças, em um hospital do DF, especificamente: identificar o perfil sociodemográfico e da classificação de risco das crianças readmitidas; e as principais causas de readmissão. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, a partir de dados de fonte secundária, do período de Março a Maio de 2015. Constatou-se que: a taxa de readmissão foi de 37,7%, superando a média descrita pela literatura; a classificação verde foi a prevalente (28,5%), com tendência de agravamento nas readmissões seguintes; a principal causa de readmissão foram queixas/diagnósticos do grupo respiratório (32,2%). Viu-se que as causas do fenômeno estão relacionadas à faixa etária e às doenças crônicas e que a sistematização das orientações é uma variável importante na temática.

**Autorização legal:** CEP da FS – UnB, em 28 de abril de 2015, Protocolo CAAE: 4493415.0.000.0030.

**Palavras-chave:** Readmissão do paciente; Criança; Lactente.

**Trabalho selecionado para a JNIC pela instituição:** UnB

### Introdução:

A frequência elevada de internações infantis causadas por condições sensíveis à atenção básica e passíveis de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce pode significar uma assistência inadequada a certos grupos populacionais bem como, as suas condições socioeconômicas e de saúde, o que pode indicar condições precárias de assistência à saúde (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Por isso, a compreensão do perfil das internações pediátricas é uma estratégia importante para que se identifiquem as principais causas de hospitalizações e se essas são consequentes de causas evitáveis ou inevitáveis. Esse entendimento possibilita elaboração de um plano de cuidado seguro e eficaz capaz de reduzir as readmissões (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Sabe-se que, depois de uma internação, o usuário pode ser readmitido para tratar uma doença diferente do primeiro diagnóstico, ou ainda, retornar pelo mesma queixa da primeira internação, podendo o retorno estar relacionado com a baixa qualidade dos cuidados durante a internação, a inadequada assistência e acompanhamento ambulatorial após a alta ou agravamento da doença primária. Fatores individuais como a idade, sexo, renda, estado civil, ocupação, escolaridade; fatores clínicos como a gravidade da doença e fatores de acesso e acompanhamento também estão relacionados ao risco de readmissão hospitalar (RH) (BERRY *et al.*, 2013).

As RH têm sido pouco estudadas, tanto internacionalmente como no Brasil, especialmente, as readmissões pediátricas (BERRY *et al.*, 2011; FEUDTNER *et al.*, 2009). Entretanto, sabe-se que as readmissões são um problema tanto para as instituições de saúde devido ao custo com as internações, além da segurança e o conforto dos usuários e seus familiares. (BORGES; SOLIMAN; PIRES; SELIGMAN, 2008). Neste cenário, aprofundar o conhecimento sobre a temática readmissão, suas causas, os fatores associados, as condições da alta destas crianças, assim como

o acesso aos serviços para acompanhamento e manutenção dos cuidados se faz necessário para a compreensão do evento.

Assim, este estudo tem como objetivo: Analisar o perfil da demanda das readmissões não programadas de crianças na pediatria de um hospital público do DF, no período de Março a Maio de 2015. Especificamente: 1) caracterizar o perfil sociodemográfico das crianças readmitidas no período (sexo e faixa etária); 2) identificar a classificação de risco das crianças readmitidas, e 3) verificar as três principais causas de readmissão nessa população.

### Metodologia:

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado em um hospital público do DF, a partir de dados de fonte secundária, das crianças atendidas no PS e na enfermaria pediátrica nos meses de Março, Abril e Maio de 2015.

A população do estudo foi composta do registro de crianças atendidas, internadas e readmitidas no PS pediátrico e/ou na enfermaria pediátrica a partir do livro de registro de admissões e do Sistema de prontuário eletrônico *TrakCare* no período temporal supracitado. Foram excluídos os pacientes não encontrados no sistema *TrakCare* devido à falta de número da SES, nome e data de nascimento incompletos ou que não tinham registro no hospital de referência.

O número SES dos pacientes atendidos foi obtido por meio dos livros de registros de internação do PS pediátrico e enfermaria pediátrica e os prontuários foram acessados através do Sistema *TrakCare*. No sistema, foram coletados os dados sociodemográficos, de classificação de risco e as queixas/diagnósticos da readmissão, sendo organizados em um banco de dados, em planilha Excel (Microsoft Office Premium), permitindo sua análise.

Os grupos etários considerados foram os definidos por Tubino e Alves (2007) onde os lactentes são as crianças recém-nascidas e com idade variando até 2 anos, 11 meses e 30 dias; os pré-escolares, as crianças de 3 anos até 5 anos, 11 meses e 30 dias; os escolares, as crianças de 6 anos até 9 anos, 11 meses e 30 dias e os pré-púberes, as crianças de 10 anos até 13 anos, 11 meses e 30 dias.

Quanto à classificação de risco, adotou-se o modelo descrito por Cordeiro (2008), em uma identificação por cores, sendo que a classificação em ordem de prioridade é: 1- vermelho (emergência), tempo de resposta esperado: imediato; 2- laranja (muito urgente),

tempo de resposta: 10 minutos; 3- amarelo (urgente), tempo de resposta: 60 minutos; 4- verde (pouco urgente), tempo de resposta: 120 minutos; 5- azul (não urgente), tempo de resposta: 240 minutos. A cor branca corresponde aos retornos programados pela instituição.

Sobre as queixas/diagnósticos no momento da readmissão, estas foram compiladas nos seguintes grupos, para viabilizar a definição das principais causas do fenômeno: articulares, otites, cardiovascular, causas externas, cutâneo, dor, endócrino, gastrointestinal, hérnia, hematológico, sintomas febris, neurológico, respiratório, respiratório/gastrointestinal, respiratório/urinário, urinário/renal, linfático, muscular e vascular.

Assim, o banco de dados gerado possibilitou a comparação entre os aspectos quantitativos da admissão índice e readmissão, além da definição da taxa de readmissão (TR), a partir da fórmula:  $TR = \frac{\text{número de readmissões em determinado período}}{\text{número de admitidos no mesmo período}} \cdot 10^n$ .

Foi considerada admissão índice a primeira admissão da criança entre março e maio de 2015, sendo adotada uma margem de um mês anterior à data encontrada e, como readmissão, os atendimentos posteriores à admissão índice dentro de 30 dias.

### Resultados e Discussão:

O PS pediátrico do hospital recebeu um total de 719 crianças, no período do estudo. Foram excluídos os registros das crianças que não foram encontradas no sistema *TrakCare* e que não tinham informações no sistema, selecionando 660 pacientes.

Das 660 crianças admitidas, 249 foram readmitidas no prazo de 30 dias após a admissão índice, sendo a taxa de readmissão de 37,7%, maior que a média internacional descrita pela literatura, que varia entre 0,47% e 25,4% (BORGES; SOLIMAN; PIRES; SELIGMAN, 2008). Estas 249 crianças correspondem ao quantitativo de 425 ocorrências do evento readmissão.

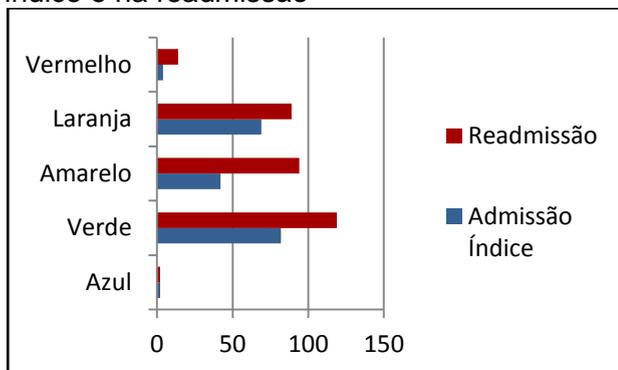
Ao explorar o grupo readmissão, viu-se que 47,4% (118) eram do sexo feminino e 52,6% (131) do masculino. O grupo etário predominante foi dos lactentes com 50,6% (126) do total, seguido dos pré-escolares 22,1% (55), escolares 16,9% (42) e pré-púberes 10,4% (26), condizendo com o estudo de Gay et al. (2011), onde os lactentes representaram 47,7% das ocorrências de readmissão pediátrica no prazo de 15 dias após a alta.

Quanto à classificação de risco das crianças readmitidas, a cor verde foi a mais frequente no momento da readmissão (28,5%), seguida da amarela (22,5%) e, subsequentemente, da laranja (20,9%). Viu-se que existe uma tendência ao agravamento do perfil das classificações de risco na readmissão, ao comparar-se com a admissão índice, conforme exibem a Tabela 1 e o Gráfico 1.

Tabela 1 – Classificação de risco na admissão índice e na readmissão

Classificação de risco	Admissão índice		Readmissão		Total At. (n)	Total At. (%)
	n	%	n	%		
Vermelho	4	1,6	14	3,3	18	2,7
Laranja	69	27,7	89	20,9	158	23,4
Amarelo	42	16,9	94	22,1	136	20,2
Verde	82	32,9	119	28,0	201	29,8
Azul	2	0,8	2	0,5	4	0,6
Branco	0	0,0	19	4,5	19	2,8
Sem informação	50	20,1	88	20,7	138	20,5
Total Geral	249	100	425	100	674	100

Gráfico 1 – Classificação de risco na admissão índice e na readmissão



Quanto às três principais causas de readmissão, estas foram relacionadas a queixas/diagnósticos do grupo respiratório (32,2%), seguida do grupo gastrointestinal (7,1%) e do grupo de sintomas febris (5,3%). A prevalência de doenças respiratórias condiz com a literatura, a exemplo do estudo de Berry et al. (2013), que delineou os 10 diagnósticos com maior risco de readmissão na faixa etária pediátrica, sendo que 4 deles foram do sistema respiratório.

### Conclusões:

As causas de readmissão não programada estão relacionadas à faixa etária, principalmente lactentes, e às doenças

crônicas, particularmente, as respiratórias. Constatou-se que a sistematização das orientações no momento da alta e o acompanhamento pós-alta são variáveis importantes para o evento readmissão e para a assistência de enfermagem, refletindo na qualidade do cuidado, segurança do paciente e custos hospitalares. A limitação deste estudo diz respeito ao período temporal. São necessários outros estudos que incluam períodos mais longos, evitando vieses de generalização dos resultados.

### Referências bibliográficas

- Elias E, Magajewski F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(4):633-47
- Oliveira BRG, Vieira CS, Colett N, et al. Causas de hospitalização de crianças no SUS de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(2):277-86
- Berry JG, Toomey SL, Zaslavsky AM, Jha AK, Nakamura MM, Klein DJ, et al. Pediatric readmission prevalence and variability across hospitals. JAMA. 2013; 309(4):372-380
- Berry JG, Hall DE, Kuo DZ, Cohen E, Agrawal R, Feudtner C, et al. Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions within children's hospitals. JAMA. 2011; 305(7):682-690
- Feudtner C, Levin JE, Srivastava R, et al. How well can hospital readmission be predicted in a cohort of hospitalized children? A retrospective, multicenter study. Pediatrics. 2009; 123(1):286-93
- Borges FK, Soliman F, Pires DO, Seligman R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. Rev HCPA. 2008; 28(3):147-52
- Tubino P, Alves E. Anatomia funcional da criança. Bases morfológicas para a prática pediátrica clínica e cirúrgica. Brasília: Editora UnB; 2007.
- Cordeiro JW, Mafra AA. A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.
- Gay JC, Hain PD, Grantham JA, Saville BR. Epidemiology of 15-Day readmissions to a children's hospital. Pediatrics. 2011;127(6):1505-12