

# Atenção domiciliar e reinternações

Home care and readmissions

*Atención domiciliaria y readmisiones*

Luísa Nakashima Pereira<sup>1</sup> , Felipe Sperotto Peruzzo<sup>1</sup> , Konrad Gutterres Soares<sup>2</sup> , Raquel Jeanty de Seixas Mestriner<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Associação Hospitalar Vila Nova – Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>2</sup>Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre (RS), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** Introdução. As mudanças decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, com consequente aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, suscitam a necessidade do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Domiciliar (AD) configura-se como uma modalidade de atenção à saúde de caráter substitutivo ou complementar, composta por ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação realizadas no domicílio, assegurando a continuidade do cuidado e sua integração às redes de atenção à saúde. Entre suas atribuições, destaca-se a contribuição para a redução de reinternações hospitalares. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi identificar as reinternações dos pacientes acompanhados por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no período de junho de 2022 a maio de 2023, caracterizando-as quanto a causa e tempo de acompanhamento, além de definir a taxa de reinternação hospitalar do SAD e analisar o perfil socioepidemiológico dos pacientes que reinternaram. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, em que foram revisados os prontuários e banco de dados do serviço em busca dos objetivos descritos acima. **Resultados:** Entre os principais achados do estudo, numa amostra de 300 reinternações, em um total de 2.713 pacientes (taxa de reinternação de 11,06%), destacaram-se como as principais causas: infecciosas (128), neoplásicas (38) e sintomas não definidos (34). As demais causas foram menos representativas. O tempo médio de acompanhamento pelo SAD até a reinternação foi de 25 dias. Vinte e seis (8,67%) aconteceram com menos de 48h de acompanhamento. **Conclusões:** O estudo amplia o entendimento sobre o perfil dos pacientes acompanhados por um SAD que evoluem para reinternação. A identificação das comorbidades associadas a essas reinternações – muitas delas relacionadas a condições sensíveis à Atenção Primária – gera potencial de intervenções capazes de fortalecer o cuidado no domicílio e reduzir a ocorrência de hospitalizações potencialmente evitáveis.

**Palavras-chave:** Serviços de assistência domiciliar; Readmissão do paciente; Continuidade da assistência ao paciente.

### Autor correspondente:

Luísa Nakashima Pereira

E-mail: nakashimaluisa@gmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

não se aplica.

### TCLE:

não se aplica.

### Procedência:

não encomendado.

### Editor Associado:

Dr. Francisco Eduardo da Fonseca Delgado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 06/10/2024.

Aprovado em: 14/03/2026.

**Como citar:** Pereira LN, Peruzzo FS, Soares KG, Mestriner RJS. Atenção domiciliar e reinternações. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4524. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4524](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4524)



## Abstract

**Introduction:** The changes resulting from the demographic and epidemiological transition, with a consequent increase in life expectancy and the prevalence of non-communicable chronic degenerative diseases, raise the need for the development and implementation of public policies. Within the scope of the Brazilian Unified Health System (SUS), home care is configured as a substitutive or complementary health care modality, consisting of health promotion, disease prevention and treatment, and rehabilitation actions carried out at home, ensuring continuity of care and its integration into health care networks. Among its main tasks is to avoid hospital readmissions. **Objective:** The objective of this work was to identify readmissions of patients followed up by a home care service (HCS) from June 2022 to May 2023, characterizing them in terms of cause and length of follow-up, in addition to defining the hospital readmission rate of the HCS and analyzing the socio-epidemiological profile of patients who were readmitted. **Methods:** This was a retrospective cross-sectional study, in which the service's medical records and database were reviewed in pursuit of the objectives described above. **Results:** Among the main findings, in a sample of 300 readmissions out of a total of 2,713 patients (readmission rate of 11.06%), the leading causes were infectious (128), neoplastic (38), and undefined symptoms (34). The remaining causes were less representative. The mean follow-up time by the HCS until readmission was 25 days. Twenty-six (8.67%) occurred within less than 48 hours of follow-up. **Conclusions:** The study enhances the understanding of the profile of patients followed up by an HCS that progressed to readmission. Identifying comorbidities associated with these readmissions – many of them related to primary care-sensitive conditions – reveals opportunities for interventions capable of strengthening home-based care and reducing potentially preventable hospitalizations.

**Keywords:** Home care services; Patient readmission; Continuity of patient care.

## Resumen

**Introducción:** Los cambios derivados de la transición demográfica y epidemiológica, con el consecuente aumento de la expectativa de vida y de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, generan la necesidad de desarrollar e implementar políticas públicas. En el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, la Atención Domiciliaria (AD) se configura como una modalidad de atención a la salud de carácter sustitutivo o complementario, compuesta por acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y rehabilitación realizadas en el domicilio, asegurando la continuidad del cuidado y su integración a las redes de atención a la salud. Entre sus principales atribuciones se encuentra la de evitar readmisiones hospitalarias. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo fue identificar los reingresos de pacientes seguidos en un Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) desde junio de 2022 hasta mayo de 2023, caracterizándolos en términos de causa y tiempo de seguimiento, además de definir la tasa de reingreso hospitalario el SAD y analizar el perfil socioepidemiológico de los pacientes que reingresaron. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas y la base de datos del servicio en búsqueda de los objetivos descritos anteriormente. **Resultados:** Entre los principales hallazgos, en una muestra de 300 reingresos de un total de 2.713 pacientes (tasa de reingreso del 11,06%), se destacaron como causas principales: infecciosas (128), neoplásicas (38) y síntomas no definidos (34). Las demás causas fueron menos representativas. El tiempo medio de seguimiento por el SAD hasta el reingreso fue de 25 días. Veintiséis (8,67%) ocurrieron con menos de 48 horas de seguimiento. **Conclusiones:** El estudio amplía la comprensión sobre el perfil de los pacientes atendidos por un Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) que evolucionan hacia el reingreso. La identificación de comorbilidades asociadas a estos reingresos —muchas de ellas relacionadas con condiciones sensibles a la Atención Primaria— genera oportunidades de intervención capaces de fortalecer el cuidado en el domicilio y reducir la ocurrencia de hospitalizaciones potencialmente evitables.

**Palabras clave:** Servicios de atención de salud a domicilio; Readmisión del paciente; Continuidad de la atención al paciente.

## INTRODUÇÃO

As mudanças decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, com consequente aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis,<sup>1</sup> suscitam a necessidade do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas e de saúde capazes de responder às demandas da população.<sup>2</sup>

As mudanças decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, com consequente aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis,<sup>1</sup> suscitam a necessidade do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas e de saúde capazes de responder às demandas da população.<sup>2</sup>

A expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem proporcionado significativas melhorias no acesso aos serviços de saúde para a população, além de resgatar a importância do ambiente domiciliar como espaço terapêutico.<sup>3</sup> Nesse contexto surge a Atenção Domiciliar (AD), uma modalidade de atenção

oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Portaria n.º 3.005, de 2024 (reformulação da Portaria n.º 963, de 2013), a AD é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. É caracterizada por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, garantindo continuidade de cuidados e integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).<sup>4</sup>

O cuidado em AD pode ser prestado por diferentes equipes – desde equipes de atenção primária a equipes de Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD) –, a depender das necessidades de cada paciente, sejam elas condições crônicas estáveis, condições agudas ou de maior complexidade.<sup>5</sup>

Um dos focos principais dos SAD é a “desospitalização”, o que proporciona aumento da rotatividade de leitos hospitalares e otimização dos recursos financeiros e estruturais. Tem como objetivo acelerar o processo de alta hospitalar e fornecer cuidados contínuos em casa para pacientes que se enquadrem em critérios pré-estabelecidos. Além disso, busca reduzir complicações clínicas e risco de infecções hospitalares, além de oferecer suporte emocional para o paciente e sua família, estabelecendo o papel fundamental do cuidador e enfatizando a autonomia do paciente. Também possibilita a desinstitucionalização de pacientes internados em serviços secundários e terciários, busca evitar hospitalizações a partir da entrada em pronto-atendimentos e apoia as equipes de atenção básica.<sup>6-8</sup>

Um dos possíveis desfechos após a alta hospitalar é uma reinternação hospitalar – que pode ocorrer até 30 dias após a alta. Além de aumentar os riscos associados ao ambiente hospitalar, essa reinternação também está associada ao aumento do risco de iatrogenia.<sup>9</sup> Nesse sentido, a desospitalização, a garantia da continuidade de cuidados e a integração às redes de atenção à saúde após a alta hospitalar por um serviço de AD mostram-se fundamentais.

O SAD deste estudo abrange parte da população da capital do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Atende uma população de cerca de 500 mil habitantes e recebe encaminhamentos de qualquer serviço pertencente à RAS do município.<sup>10</sup>

A realização deste estudo foi motivada pelo entendimento da importância desse tema e pela escassez de trabalhos que identifiquem as causas de reinternação hospitalar dos pacientes acompanhados por SAD. O objetivo foi identificar as reinternações dos pacientes no período de junho de 2022 a maio de 2023. Já os objetivos específicos foram: analisar o perfil sociodemográfico dos pacientes que reinternaram durante o acompanhamento; identificar as causas mais frequentes de reinternação; definir a taxa de reinternação dos pacientes acompanhados e identificar o tempo de acompanhamento antes da reinternação, bem como o dia da semana e turno em que ocorreu a reinternação. Dessa maneira, busca ampliar o conhecimento sobre o cuidado domiciliar e planejar estratégias de cuidado e de gestão, com vistas a qualificar a assistência e traçar planos para evitar reinternações hospitalares dos pacientes atendidos pela AD.

## METODOLOGIA

O estudo efetuado foi uma pesquisa transversal, retrospectiva, realizado por meio de análise quantitativa de banco de dados próprios de um SAD vinculado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre, Rio Grande do Sul), concomitante com dados qualitativos registrados em prontuário eletrônico. O SAD é constituído por cinco Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emads) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap) e atende à região norte do município.

Os critérios de inclusão foram: idade maior que 18 anos, estar internado no SAD e ter apresentado uma reinternação hospitalar no período de junho de 2022 a maio de 2023. Os critérios de exclusão foram:

idade menor que 18 anos e reinternações de pacientes acompanhados pelo SAD que não possuíam Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no SAD – documento necessário para formalização do vínculo com o serviço. O SAD faz uso do mesmo sistema de prontuário eletrônico do hospital ao qual é vinculado, portanto, é necessária a emissão de AIH para internação domiciliar no referido serviço.

Os dados foram coletados por análise de prontuário – no qual o registro dos atendimentos feitos pelos profissionais foi a base para identificar as variáveis estabelecidas – e do banco de dados de reinternação do SAD – no qual constam o nome de todos os pacientes com reinternações hospitalares. As informações cadastrais como Cartão Nacional do SUS, data de nascimento, idade, sexo, raça/cor, ocupação, escolaridade e endereço foram coletadas de maneira direta dos dados cadastrais do prontuário eletrônico. Para identificação de data de admissão, tempo de acompanhamento, comorbidades do paciente e data de reinternação hospitalar – assim como seu horário e turno –, foram analisados os registros médicos do prontuário de cada paciente. Os turnos do dia em que ocorreram as reinternações foram definidos de acordo com os turnos de trabalho do SAD: o turno da manhã compreende o horário das 7h às 13h; tarde, das 13h às 19h; e noite, das 19h às 7h da manhã do dia seguinte.

Para a determinação das causas de reinternação, foi examinada a descrição das notas de alta do SAD e o Código Internacional de Doenças (CID) correspondente à alta. Nos casos em que os pacientes foram hospitalizados no mesmo hospital ao qual o SAD está vinculado, foi analisado também o CID da AIH referente à internação pela emergência hospitalar.

O Índice de Comorbidades de Charlson (ICC),<sup>11</sup> clássico preditor de mortalidade que atribui pesos distintos a 19 patologias, é amplamente utilizado para estimar prognóstico em função do grau de comorbidade<sup>12,13</sup> e estudado por alguns autores como variável preditora de reinternação hospitalar.<sup>12-16</sup> No presente trabalho, o índice foi obtido com base no registro de rotina no prontuário, preenchido pelo médico assistente no momento da inclusão do paciente no SAD.

A tabulação e análise de dados coletados ocorreram por meio dos programas Excel e *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE: 74867423.5.0000.5530).

## RESULTADOS

No período de junho de 2022 a maio de 2023, foram identificadas um total de 320 reinternações entre os pacientes acompanhados pelo SAD. Dessas, foram excluídas da amostra 19 reinternações, por se tratarem de pacientes acompanhados pela equipe de pediatria, com idade menor a 18 anos. Também excluiu-se da amostra uma reinternação por não ter AIH registrada no SAD. A amostra final do estudo resultou em 300 reinternações no período analisado, entre o total de 2.713 pacientes adultos acompanhados no período.

A taxa de reinternação hospitalar durante os meses estudados foi de 11,06%. A média de idade dos pacientes no momento das 300 reinternações foi de 67,42 anos. Desses que reinternaram, 52,66% (158) eram do sexo feminino, e 47,33% (142) do sexo masculino (Tabela 1). Sobre raça/cor, 76,33% (229) declararam-se brancos; 17,33% (52), pretos; e 6,33% (19), pardos (Tabela 1). Quanto ao grau de escolaridade, 6% (18) não possuíam escolaridade; 20% (60) estudaram da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (fundamental I); 22,33% (67), da 5ª à 8ª série do fundamental (fundamental II); 10,33% (31) tinham ensino médio; 2,66% (8), superior completo; 0,33% (1), superior incompleto; e 38,33% (115) não tinham registro de grau de escolaridade em seu prontuário (Tabela 1). Nas primeiras 48h em

atenção domiciliar ocorreram 26 reinternações, equivalente a 8,67% do total. A mediana do tempo de acompanhamento pelo SAD foi de 25 dias e a média, de 58,65 dias. O maior número de reinternações de um mesmo paciente foi 7. A média do ICC foi de 5,32.

**Tabela 1.** Dados socioepidemiológicos dos pacientes que reinternaram durante acompanhamento por um Serviço de Atenção Domiciliar entre junho de 2022 e maio de 2023. Brasil, 2023.

Raça/cor			Sexo			Escolaridade		
Branco	229	(76%)	Feminino	158	(53%)	Sem escolaridade	18	(6%)
Pretos	52	(17%)	Masculino	142	(47%)	Fundamental I	6	(2%)
Pardos	19	(6%)				Fundamental II	67	(22%)
						Médio	31	(10%)
						Superior incompleto	1	(<1%)
						Superior completo	8	(3%)
						Não consta	115	(38%)
Total	300		Total	300		Total	300	

Fonte: Elaborada pelos autores.

As causas, descritas na Tabela 2, foram divididas nos seguintes grupos:

- Infeciosas;
- Cardiovasculares;
- Neurológicas;
- Gastrointestinais;
- Neoplásicas;
- Metabólicas;
- Musculoesqueléticas;
- Sem causa definida/Sintomas (no caso de encaminhamentos à reinternação por sintomas apenas, e não por diagnóstico presumido); e
- Outras (causas que não se enquadram nos grupos anteriores).

**Tabela 2.** Frequência, índice de Charlson, tempo médio de acompanhamento (dias) e média de idade (anos) por causas de reinternação em pacientes acompanhados por um Serviço de Atenção Domiciliar entre junho de 2022 e maio de 2023. Brasil, 2023.

Causa	Reinternações		Índice de Charlson	Tempo de acompanhamento	Média de idade
Infeciosas	128	42,67%	5,30	24,00	69,37
Neoplásicas	38	12,67%	6,55	25,50	58,39
Sem causa definida	34	11,33%	5,35	18,50	67,96
Neurológicas	21	7,00%	4,62	66,00	65,27
Outras	18	6,00%	4,11	31,00	60,79
Metabólicas	17	5,67%	5,65	25,00	72,25
Cardiovascular	16	5,33%	5,25	31,50	73,67
Gastrointestinal	14	4,67%	4,93	20,00	69,17
Não consta causa	13	4,33%	4,54	34,00	68,16
Fratura	1	0,33%	7	66,00	90,89
Total	300				

Fonte: Elaborada pelos autores.

Há também a descrição de um grupo em que não constava a causa da reinternação pela falta de registro dessa informação. Cada grupo também foi subdividido quando causas específicas foram identificadas. As reinternações por causas respiratórias aconteceram em sua totalidade por descompensação de doença pulmonar obstrutiva crônica por infecção; logo, foram incluídas no grupo de causas infecciosas respiratórias. Cento e vinte e oito reinternações, 42,66%, formaram o maior grupo, o das causas infecciosas (Tabela 2); dentre elas, o quadro de sepse foi o mais prevalente, representando 41,40% (53), seguido de infecções respiratórias, que configuraram 30,46% (39) (Tabela 3). Infecções cutâneas somaram 10,15% (13), seguidas de infecções do trato urinário 7,81% (10), osteomielite 3,12% (4), infecção de ferida operatória 2,34% (3), infecções de foco não definido 2,34% (3), infecções de foco abdominal 1,56% (2) e uma infecção relacionada a cateter 0,78% (Tabela 3).

**Tabela 3.** Número de reinternações por grupo e etiologia específicos em pacientes acompanhados por um Serviço de Atenção Domiciliar entre junho de 2022 e maio de 2023. Brasil, 2023.

Infecciosas		Neoplásicas		Neurológicas		Gastrointestinal	
Sepse	53	Pulmão	8	Convulsão	9	Sangramento	10
Infecção respiratória	39	Gástrico	5	AVC	7	Outros	4
Infecção do trato urinário	10	SNC	5	TCE	3	Total	14
Outras	26	Cólon/reto	4	Outros	2		
Total	128	Pâncreas/hepatobiliar	3	Total	21		
		Cabeça e pescoço	3				
Sem causa definida		Mama		Metabólicas		Cardiovascular	
Dor abdominal	7	Angiossarcomas	2	IRA/DRC agudizada	8	Insuficiência cardíaca	8
Febre	7	Melanoma	2	Hiponatremia	3	DAOP	6
Rebaixamento sensório	7	Próstata	1	Hipo/hipercalcemia	3	IAM	2
Piora do estado geral	5	Bexiga	1	Hiperglicemia	3	Total	16
Dor torácica	5	Linfomas/mielomas	1	Total	17		
Sangramento	3	Vulva	1				
Total	34	Total	38				

SNC: Sistema nervoso central; AVC: Acidente vascular cerebral; TCE: Trauma cranioencefálico; IRA: Insuficiência renal aguda; DRC: Doença renal crônica; DAOP: Doença arterial obstrutiva periférica; IAM: Infarto agudo do miocárdio.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Entre as causas neoplásicas, as quais representaram o segundo maior grupo, com 12,66% (38) de todas as reinternações, as neoplasias de pulmão constituíram maioria, com total de 8 reinternações (Tabela 3). As outras neoplasias que constaram serão descritas adiante.

O terceiro maior grupo, “Sem causa definida/Sintomas”, foi composto por pacientes que tiveram causa descrita por sintomas isolados ou que necessitavam de investigação complementar, tais como: febre, dor, rebaixamento do sensório, piora do estado geral e sangramento não digestivo. Estes representaram 11,33% (34) do total de reinternações (Tabela 3).

O grupo de Outras causas (que não se enquadravam nos grupos anteriores, como reinternação por situação social, eletiva, passagem de nova sonda ou território em conflito impedindo continuidade do cuidado) contabilizou 6% (18) de todas as causas (Tabela 3). Em 4,33% (13) das reinternações não houve registro do motivo da reinternação (Tabela 3). Por fim, a Tabela 3 traz as causas específicas identificadas nos demais grupos.

Quanto ao dia da semana, das 300 reinternações, 16,66% (50) ocorreram em segundas-feiras, 17,33% (52) em terças-feiras, 14,33% (43) em quartas-feiras, 12,66% (38) em quintas-feiras, 19,66% (59) em sextas-feiras, 9,33% (28) em sábados, 9,66% (29) em domingos, e em 0,33% (1) não foi possível identificar o dia da semana da reinternação. Quanto ao turno das reinternações, 21% (63) ocorreram pela manhã, 29,66% (89) à tarde, 19% (57) à noite, e para 30,33% (91) dos pacientes não foi possível identificar o turno.

## DISCUSSÃO

Os principais achados do estudo foram um total de 300 reinternações hospitalares de pacientes adultos acompanhados pelo SAD no período de junho de 2022 a maio de 2023, correspondendo a 11,06% de reinternações de 2.713 pacientes adultos acompanhados pelo SAD no mesmo período. Destacaram-se como as principais causas de reinternação os grupos de causas infecciosas (128), neoplásicas (38) e sintomas não definidos (34). O tempo médio de acompanhamento pelo SAD até a reinternação foi de 25 dias, sendo que 26 (8,67%) aconteceram com menos de 48h de acompanhamento.

Um dos principais objetivos da AD é evitar hospitalizações desnecessárias<sup>8</sup>. Sabe-se, no entanto, que uma parcela dos pacientes acompanhados por AD eventualmente necessitará de reinternação hospitalar. Evidenciou-se que não há publicações robustas que analisem as causas de reinternações hospitalares dos pacientes atendidos por Serviços de Atenção Domiciliar vinculados ao Programa Melhor em Casa no Brasil. Nesse sentido, o presente trabalho é pioneiro na discussão sobre o tema. A discussão foi embasada na literatura nacional e internacional com temáticas similares em atenção domiciliar e reinternações hospitalares.

Tendo em vista a grande diversidade populacional e diferentes modos de organização dos SAD, seja por perfil de saúde populacional ou características político-administrativas dos municípios,<sup>17</sup> cabe situar que o SAD avaliado também tem organização particular, pois é cadastrado e sediado em um hospital terciário, de onde recebe parte significativa dos encaminhamentos. Essa característica não é necessariamente similar a outros Serviços de Atenção Domiciliar no Brasil, inclusive em capitais.

Carnaúba et al.<sup>18</sup> (2017) apontam que o perfil de pacientes acompanhados por um SAD em Maceió é de maioria com distúrbios neurológicos, que não necessitam de procedimentos ou equipamentos de alta complexidade. Já Rajão e Martins<sup>19</sup> (2020), quanto à origem das internações domiciliares no Brasil entre 2008 e 2016, mostraram que 54,5% dos pacientes são procedentes da atenção básica e 23%, de procedência hospitalar. Johann et al.<sup>20</sup> (2020), por sua vez, em análise do perfil de pacientes atendidos por um SAD em Curitiba, citam procedência de 76% da atenção básica.

Em consonância com a Portaria n.º 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que prevê procedência hospitalar maior que 70% em municípios com mais de 500 mil habitantes, no período estudado, identificou-se que 73,2% dos novos pacientes admitidos do SAD avaliado neste estudo provinham do hospital. Com vistas a garantir desospitalização e transição de cuidados seguros, e a fim de evitar agravos no pós-alta imediato, o SAD avaliado organiza-se para realizar a primeira avaliação pela Emad no primeiro dia útil seguinte à alta hospitalar. Decorrente disso, a taxa de reinternação identificada nas primeiras 48h de AD foi de 8,6% do total de reinternações.

A maioria dos estudos encontrados avaliou reinternações no período de sete dias da alta hospitalar<sup>21</sup> até três meses<sup>22-25</sup> e, dessa forma, limitou a possibilidade de comparar taxas de reinternação com o estudo atual. Foi encontrado apenas um estudo brasileiro realizado em AD em Maceió, já supracitado,

que encontrou taxa de 24% de reinternação hospitalar em pacientes acompanhados pelo período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015<sup>18</sup> – único período semelhante ao avaliado neste estudo. Ressalta-se que a taxa de reinternação do SAD de Maceió é mais que o dobro da taxa do SAD avaliado.

A literatura traz como causa principal de readmissão hospitalar as doenças cardiovasculares, seguidas de doenças do sistema respiratório, neoplasias, doenças do trato digestivo e sistema nervoso, em diferentes frequências.<sup>21,23,25</sup> Acredita-se que, no presente estudo, as causas cardiovasculares estejam contempladas no grupo “Sem causa definida”, terceiro maior grupo de causas, pois nele foram incluídos os sintomas mais frequentes de doenças cardiovasculares, como dor, dispneia e rebaixamento do sensório. Assim como nos demais estudos, encontramos também as neoplasias como causa importante de reinternação hospitalar. Tal como Borges et al.<sup>21</sup> (2008), as principais comorbidades associadas à doença de base nos pacientes do SAD em questão foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, insuficiência renal crônica, cardiopatia isquêmica, sequelas de acidente vascular cerebral, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), entre outros.

Ao encontro de um dos objetivos da AD, o de evitar hospitalizações desnecessárias, uma metanálise demonstrou redução na taxa de readmissão hospitalar nos pacientes com doenças crônicas acompanhados no domicílio por equipe de enfermagem ou por médico.<sup>26</sup> Também há correlação inversa entre frequência de visitas por equipes de *Home Health Care* e necessidade de reinternação hospitalar, especialmente por profissionais de fisioterapia e em doentes com maior limitação funcional. Ainda, na análise do estudo, as reinternações aconteceram em 11,5% dos pacientes, com média de 20 dias de acompanhamento.<sup>27</sup>

O perfil dos pacientes do presente estudo é de idosos com múltiplas comorbidades (evidenciado pelo alto ICC – média maior do que 4 em todos os grupos), com elevada procedência hospitalar, inclusive com passagem por unidade de cuidados intensivos e utilização de dispositivos invasivos. Em concordância com esses achados, Cramer e Fonager<sup>14</sup> apontaram como fatores de risco para reinternação, entre pacientes que receberam tratamento parenteral por serviço de atendimento domiciliar, o elevado ICC e a procedência hospitalar.

Sabe-se que esse perfil de paciente tem maior predisposição a intercorrências infecciosas em domicílio, inclusive com novos casos de sepse.<sup>28</sup> Bowles et al.<sup>28</sup> (2020) evidenciam que pacientes sobreviventes de um quadro de sepse têm duas vezes mais chance de reinternação hospitalar em 30 dias do que pacientes que não tiveram. Mencionam também que até 32% das reinternações acontecem, no máximo, no prazo de uma semana. A visita domiciliar em até 48h, uma vez por semana, pode reduzir em até 7% a chance de reinternação.<sup>28</sup>

Nesse sentido, a coorte estudada por Gadre et al.<sup>15</sup> (2019) identificou como preditores associados ao aumento das reinternações em 30 dias, entre pacientes com diagnóstico de sepse, a presença de diabetes, insuficiência cardíaca, alta para instituições, ICC  $\geq 2$  e tempo de internação hospitalar superior a 3 dias.<sup>15</sup> Outros estudos também identificaram correlação positiva do ICC com o aumento das reinternações em pacientes idosos em emergências,<sup>12</sup> além de reinternações por insuficiência cardíaca<sup>13</sup> e por DPOC.<sup>16</sup>

Como era esperado pelos autores do estudo atual, o principal grupo de causas de reinternação foi o grupo “Infecciosas”. Neste, destaca-se que os casos de sepse (53) equivaleram a 41,4% das causas infecciosas, achado que corrobora os estudos supracitados.

Destacaram-se, também, as reinternações por complicações neoplásicas. Nesse grupo, a transição de cuidado, um dos pilares da atenção domiciliar, garante a integralidade entre os diferentes níveis de atenção, assegurando a continuidade do cuidado.<sup>7</sup> Entre as causas mais frequentes, evidenciam-se

pacientes com câncer e sintomas não controlados no domicílio (dor oncológica não controlada, crises convulsivas, dispneia, sangramento), bem como os que tiveram piora do estado geral por progressão de doença. Tais causas de readmissão também foram identificadas em outro estudo que acompanhou pacientes oncológicos por seis meses em um hospital especializado em câncer, nos Estados Unidos.<sup>29</sup>

É preciso enfatizar que também há pacientes que não desejavam óbito domiciliar e/ou optaram pelo hospital como local de cuidado, de acordo com as diretivas antecipadas de vontade, previamente discutidas com equipe assistente. O atendimento hospitalar pode, em diversos contextos – especialmente nos últimos meses de vida e nos casos de câncer metastático –, ser necessário para a qualidade de vida do paciente, e seu suporte deve ser otimizado.<sup>30, 31</sup>

O preenchimento inadequado de dados no prontuário eletrônico foi uma das limitações do estudo. Como exemplo, foram identificadas lacunas no preenchimento de informações cadastrais, principalmente no campo “grau de escolaridade”, que levaram à ausência dessa informação em quase 40% dos pacientes analisados. Além dos dados cadastrais, percebeu-se ausência de padronização de registro das informações clínicas, fragilidade que dificulta a coleta de dados qualificados para gestão, pesquisas e, em última análise, para o aprimoramento da assistência domiciliar. As dificuldades manifestadas no decorrer da pesquisa vão ao encontro da baixa qualidade do registro médico apontada por Lotufo e Duarte<sup>32</sup> (1987), Modesto et al.<sup>33</sup> (1992), Scochi<sup>34</sup> (1994) e Cavalcante et al.<sup>35</sup> Vasconcellos et al.<sup>36</sup> (2008), por sua vez, pontuam que o registro médico é critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço em saúde e serve de apoio à pesquisa e formação profissional.

Sendo a desospitalização de pacientes um dos principais objetivos da AD,<sup>8</sup> fica evidente que a discussão da temática acerca das reinternações hospitalares é fundamental para maior qualificação da assistência prestada pelos SAD. Alguns estudos já demonstraram que intervenções pós-alta hospitalar e realizadas no domicílio têm impacto positivo na saúde dos pacientes e podem reduzir reinternações hospitalares.<sup>26,37,38,39</sup> Entretanto, também há resultados conflitantes em outros estudos.<sup>9,40,41</sup> Os achados da presente pesquisa contribuem para contextualizar esses dados no cenário nacional, no entanto, permanece evidente a necessidade de se ampliar a produção sobre o tema, de modo a aprimorar a assistência domiciliar e o planejamento de estratégias efetivas para garantir uma desospitalização segura.

## CONCLUSÃO

Os resultados apresentados permitem melhor entendimento dos pacientes que reinternam. A realização deste trabalho buscou fomentar a discussão sobre reinternações hospitalares, suas causas e perfil socioepidemiológico e clínico dos pacientes de um SAD.

Ressalta-se que o perfil encontrado pode não coincidir com outros serviços do país, porém, ao reconhecê-los, além de possibilitar uma maior integração da AD com outros pontos da rede – sejam hospitais ou a atenção primária –, é um passo importante para o planejamento de medidas mais efetivas que visem reduzir tais reinternações hospitalares por meio da AD.

Nesse sentido, a atuação do Programa Melhor em Casa visa garantir a desospitalização segura, readaptação ao ambiente domiciliar e capacitação dos cuidadores. Também, ao atuar como ferramenta de transição de cuidado entre os diferentes níveis de complexidade nas Redes de Atenção à Saúde, atua como articuladora e mostra-se fundamental para a continuidade das linhas de cuidado no domicílio e, em última análise, evitar novas hospitalizações.<sup>42</sup>

Parte significativa das comorbidades que se configuram como fatores de risco associados às reinternações está diretamente relacionada às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).<sup>43</sup> A identificação dessas condições, muitas das quais também são sensíveis à atenção domiciliar, gera potencial de intervenção para reduzir as ICSAP e pode abrir novos caminhos na prática de cuidado no domicílio.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LNP: Conceituação, Investigação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. FSP: Conceituação, Investigação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. KGS: Curadoria de dados, Análise formal, Obtenção de Financiamento, Investigação, Administração do Projeto, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Revisão e Edição. RJSM: Análise formal, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Revisão e Edição.

## REFERÊNCIAS

1. Silva Júnior AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
2. Silva NRG, Gurgel-Junior GD, Sá DA, Silva VL, Moreira RS. Satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do Programa Melhor em Casa. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:34. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003759>
3. Nogueira RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface*. 2003;7(12):185–90. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100022>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2013 [acessado em 31 jul. 2023]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html).
5. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar [Internet]. Gov.br, [data desconhecida] [acessado em 31 jul. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>.
6. Duarte YAO, Diogo MJDE. Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.
7. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;24(3):180–8.
8. Ministério da Saúde (BR). Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2024 [acessado em 5 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>.
9. Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR, et al. Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2457. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142457>
10. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa – POA [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre; [data desconhecida] [acessado em 22 de janeiro de 2024]. Disponível em: [https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/programa\\_melhor\\_em\\_casa.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programa_melhor_em_casa.pdf)
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373–83. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
12. Bahrmann A, Benner L, Christ M, Bertsch T, Sieber CC, Katus H, et al. The Charlson Comorbidity and Barthel Index predict length of hospital stay, mortality, cardiovascular mortality and rehospitalization in unselected older patients admitted to the emergency department. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(9):1233–42. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1067-x>
13. Wei D, Sun Y, Chen R, Meng Y, Wu W. The Charlson comorbidity index and short-term readmission in patients with heart failure: A retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(6):e32953. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000032953>
14. Cramer S, Fonager K. Risk factors of 30-days re-hospitalization after Hospital at Home in a cohort of patients treated with parenteral therapy. *Eur J Intern Med*. 2014;25(10):895–9. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2014.10.018>

15. Gadre SK, Shah M, Mireles-Cabodevila E, Patel B, Duggal A. Epidemiology and Predictors of 30-Day Readmission in Patients With Sepsis. *Chest*. 2019;155(3):483–90. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.12.008>
16. Buhr RG, Jackson NJ, Kominski GF, Dubinett SM, Ong MK, Mangione CM. Comorbidity and thirty-day hospital readmission odds in chronic obstructive pulmonary disease: a comparison of the Charlson and Elixhauser comorbidity indices. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1): 701. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4549-4>
17. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2016-0002. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
18. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):352–62. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>
19. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1863–77. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
20. Johann DA, Cechinel C, Carvalhal TFT do, Benatto MC, Silva GP da, Lara JA de. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. *Semin Ciênc Biol Saúde*. 2020;41(1):83–94. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p83>
21. 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.
22. Zamir D, Zamir M, Reitblat T, Zeev W, Polishchuk I. Readmissions to hospital within 30 days of discharge from the internal medicine wards in southern Israel. *Eur J Intern Med*. 2006;17(1):20–3. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2005.10.004>
23. Maurer PP, Ballmer PE. Hospital readmissions--are they predictable and avoidable? *Swiss Med Wkly*. 2004;134(41–42):606–11. <https://doi.org/10.4414/smw.2004.10706>
24. Chambers M, Clarke A. Measuring readmission rates. *BMJ*. 1990;301(6761):1134–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6761.1134>
25. Martín RB, Martínez JM, Canteli SP, Rodrigo JG, Jiménez MC, Villa JS, et al. Estudio retrospectivo de los reingresos precoces de un servicio de Medicina Interna. *Rev Clín Esp*. 2000;200(5):252–6. [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(00\)70624-2](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(00)70624-2)
26. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-home interventions vs In-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2111568. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11568>
27. Wang J, Liebel DV, Yu F, Caprio TV, Shang J. Inverse dose-response relationship between home health care services and rehospitalization in older adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(6):736–42. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.10.021>
28. Bowles KH, Murtaugh CM, Jordan L, Barrón Y, Mikkelsen ME, Whitehouse CR, et al. Sepsis survivors transitioned to home health care: characteristics and early readmission risk factors. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(1):84–90.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.001>
29. Saunders ND, Nichols SD, Antiporda MA, Johnson K, Walker K, Nilsson R, et al. Examination of unplanned 30-day readmissions to a comprehensive cancer hospital. *J Oncol Pract*. 2015;11(2):e177–81. <https://doi.org/10.1200/jop.2014.001546>
30. Numico G, Cristofano A, Mozzicafreddo A, Cursio OE, Franco P, Courthod G, et al. Hospital admission of cancer patients: avoidable practice or necessary care? *PLoS One*. 2015;10(3):e0120827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120827>
31. Manzano JGM, Gadiraju S, Hiremath A, Lin HY, Farroni J, Halm J. Unplanned 30-day readmissions in a general internal medicine hospitalist service at a comprehensive cancer center. *J Oncol Pract*. 2015;11(5):410–5. <https://doi.org/10.1200/jop.2014.003087>
32. Lotufo M, Duarte EC. Avaliação dos serviços de saúde do Município de Cáceres, MT (Brasil): contribuições à programação local. *Rev Saúde Pública* 1987;21(5):427–38. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000500008>
33. Modesto MG, Moreira EC, Almeida-Filho N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. *Cad Saúde Pública*. 1992;8(1):62–8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000100008>
34. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(3):356–67. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300015>
35. Cavalcante MEPL, Santos MM, Toso BRGO, Vaz EMC, Lima PMVM, Collet N. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20220001. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>
36. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl 1):S173–S82. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>
37. Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, et al. Hospital domiciliar para exacerbações agudas de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD003573. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003573.pub2>
38. Utens CMA, Goossens LMA, Smeenk FWJM, Mólken MPMHRV, Vliet MV, Braken MW, et al. Early assisted discharge with generic community nursing for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: results of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2012;2(5):e001684.
39. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in highrisk older adults. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):956. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>

40. O'Connor M, Bowles KH, Feldman PH, St Pierre M, Jarrín O, Shah S, et al. Frontloading and intensity of skilled home health visits: a state of the science. *Home Health Care Serv Q.* 2014;33(3):159–75. <https://doi.org/10.1080/01621424.2014.931768>
41. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9(9):CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2>
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 170 p.
43. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública.* 2009;25(6):1337–49. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>