

# RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)  
autor(a), o texto completo desta  
tese será disponibilizado  
somente a partir de 12/10/2022.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**MONIQUE ANTONIA COELHO**

**INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAL TERCIÁRIO E UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE: PROJETO REAL - REDESENHANDO A ALTA HOSPITALAR**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Cirurgia e Medicina Translacional

Orientadora: Profa. Assoc. Erika Veruska Paiva Ortolan

**Botucatu**

**2022**

**MONIQUE ANTONIA COELHO**

**INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAL TERCIÁRIO E  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: PROJETO REAL -  
REDESENHANDO A ALTA HOSPITALAR**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutora em Cirurgia e Medicina  
Translacional

Orientadora: Profa. Assoc. Erika Veruska Paiva Ortolan

Botucatu

2022

## FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRE 8/7500

Coelho, Monique Antonia.

Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde : projeto real - redesenhando a alta hospitalar / Monique Antonia Coelho. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Érika Veruska Paiva Ortolan

Capes: 40000001

1. Colaboração intersetorial. 2. Níveis de atenção à saúde. 3. Alta do paciente. 4. Readmissão do paciente. 5. Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Integração planejada da assistência; Níveis de saúde; Planejamento da alta; Readmissão hospitalar; Sistema Único de Saúde.

Autor: Monique Antonia Coelho

Título: Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde: Projeto Real  
- redesenhando a alta hospitalar

Tese apresentada à Faculdade de Medicina  
de Botucatu, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de  
Botucatu, para obtenção do título de doutora

Orientador: Prof(a). Assoc(a). Erika Veruska Paiva Ortolan

Comissão examinadora:

---

Prof(a). Assoc(a). SILVANA ANDREA MOLINA LIMA  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Prof. Dr. ANDRÉ LUIS BALBI  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Prof(a). Dr(a). DANNIELLE FERNANDES GODOI  
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

---

Prof. Dr. FÁBIO ANTONIO PERECIM VOLPE  
Universidade de São Paulo

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Elaine C. Leonello (in memoriam), por ser uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de minha trajetória acadêmica, sempre com uma presença cheia de luz e otimismo.

## **AGRADECIMENTOS**

À Pós-Graduação em Cirurgia e Medicina Translacional;

À Faculdade de Medicina de Botucatu;

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e,

Prefeitura Municipal de Botucatu por me proporcionarem esta oportunidade ímpar.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo 2019/03796-7) pelo apoio financeiro essencial para realização dessa pesquisa.

Às especialidades médicas de Clínica Médica Geral e Cirurgia geral, ao Escritório de Apoio à Pesquisa (EAP), Centro de Informática Médica (CIMED), Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Unidades Básicas de Saúde do município de Botucatu.

Aos **pacientes**, usuários do Sistema Único de Saúde (um sistema ímpar no âmbito mundial), pela valiosa colaboração e participação.

### **Em especial:**

À minha orientadora, Professora Assoc. **Erika Veruska Paiva Ortolan**, obrigada por esta oportunidade. A vida não é sobre metas, conquistas e linhas de chegada. É sobre quem você se torna nessa caminhada. Devido ao seu incentivo, confiança e motivação eu posso celebrar esta conquista.

À **Deus**, por me capacitar e trazer essa vitória para a minha vida.

À minha **família** por toda dedicação, abdicação de tempo e muitos outros projetos pessoais para que eu tivesse a oportunidade de estudar, ter uma excelente formação profissional e pessoal.

Ao **Napoleão**, meu fiel companheiro.

À minha avó **Joana**, por traduzir em todos os seus atos o significado da palavra amor.

Ao meu noivo **Henrique**, pelo seu amor incondicional e por compreender minha dedicação a esta pesquisa.

À minha amiga **Ketillyn** pelo valor de uma amizade verdadeira, incondicionalmente.

Ao Professor Associado **Pedro Luiz Lourenção** pela atenção e eficiência na análise estatística dos resultados.

Às bolsistas, Anícia, Isabella, Jéssica e Mayara pelo significado de “Time”.

Aos gerentes de enfermagem, **Darlene Bravim Cerqueira** e **Ricardo Eugênio Maranzatto**, por toda motivação e incentivo às praticas acadêmicas, bem como pelos ensinamentos inerentes a estratégias de superação, liderança e determinação na carreira profissional. Sou grata pelo seu acolhimento e pela confiança depositada em mim.

## EPÍGRAFE

“Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes.”

(Isaac Newton)

## RESUMO

COELHO, M. A. Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde: projeto real – redesenhando a alta hospitalar. 2022. 80 folhas. Tese (Doutorado em Cirurgia e Medicina Translacional) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

**Introdução:** A readmissão hospitalar evitável gera custos ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de causar sofrimento social ao paciente. A Taxa de Readmissão tem sido usada como indicador para planejamento em saúde na gerência de planos privados de saúde e em sistemas de saúde internacionais. Seguindo a proposta do SUS da hierarquização da assistência, a integração otimizada das equipes de assistência poderia diminuir as readmissões. **Objetivos:** 1. Aplicar uma sistematização de alta para um grupo de pacientes internados em hospital terciário do Sistema Único de Saúde como ferramenta de otimização da integração hierarquizada e avaliar os resultados das intervenções de transição do cuidado no momento de internação até o pós-alta hospitalar; 2. Avaliar a qualidade da transição do cuidado e comparar sua associação às taxas de readmissão hospitalar não planejada em até trinta dias após a alta com os anos anteriores à sistematização; 3. Desenvolver e aplicar ferramenta informatizada em plataforma específica para comunicação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde com os profissionais do hospital terciário. **Métodos:** Por um período de um ano, pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu nas especialidades Clínica Médica Geral (CMG) e Cirurgia Geral (CG), provenientes do município de Botucatu, foram randomizados em dois grupos. Os pacientes e familiares do Grupo Intervenção (GI) receberam orientações desde o início da internação, na alta hospitalar, e no pós-alta, com informações em formato de protocolos padronizados a respeito da sua patologia e de sinais de alerta e itinerário terapêutico pós-hospitalar. O plano de alta, bem como as informações recebidas e compreendidas pelo paciente ou familiar, além de agendamento de retornos na UBS (independente dos retornos no centro terciário), uso correto da medicação e das demais orientações no seguimento foram registrados. O Grupo não intervenção (GNI) permaneceu com procedimentos habituais de alta, sem orientações protocoladas, e sem seguimento integrado da assistência nas Unidades Básicas de Saúde. Todos os pacientes foram acompanhados por um período de 6 meses após a alta hospitalar. **Resultados:** os pacientes da CMG eram mais velhos, possuíam mais comorbidades, permaneceram mais tempo internados quando comparados aos da CG. Não houve diferenças entre os GI e GNI quanto ao conhecimento de seu diagnóstico e entendimento das orientações na alta. Não houve diferenças entre taxas de readmissão em 30 dias entre os grupos em ambas as especialidades. Houve redução da readmissão de ambas as especialidades quando comparadas com os anos de 2018 e 2019. **Conclusão:** Foi estabelecida e incorporada a sistematização da alta, que apesar de não ter apresentado diferenças entre GI e GNI por serem os mesmos médicos a interagirem com os pacientes em ambos os grupos, teve como consequência a diminuição das readmissões hospitalares não planejadas em 30 dias. A ferramenta digital “Segunda Opinião” foi integrada e aplicada entre as redes de atenção à saúde, promovendo o acompanhamento comunitário e multiprofissional, melhorando a comunicação entre as redes de atenção, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, reduzindo-se as lacunas nas transições de cuidado.

**Palavras-Chave:** Planejamento da alta; Readmissão hospitalar; Integração Planejada da Assistência; Hierarquização, Níveis de saúde; Sistema Único de Saúde

## ABSTRACT

COELHO, M. A. Integration between tertiary hospital and basic health units: real project – redesigning hospital discharge. 2022. 80 sheets. Thesis (Doctorate in Surgery and Translational Medicine) - Faculty of Medicine of Botucatu, São Paulo State University, Botucatu, 2022.

**Introduction:** Avoidable hospital readmission generates costs for the Unified Health System (SUS), in addition to causing social suffering to the patient. The Readmission Rate has been used as an indicator for health planning in the management of private health plans and international health systems. Following the SUS proposal of hierarchization of care, the optimized integration of care teams could reduce readmissions. **Objectives:** 1. Apply a systematization of discharge for a group of patients hospitalized in a tertiary hospital of the Unified Health System as a tool to optimize hierarchical integration and evaluate the results of care transition interventions from the moment of hospitalization to the post-discharge; 2. Assess the quality of care transition and compare its association with unplanned hospital readmission rates within thirty days after discharge to the years prior to systematization; 3. Develop and apply an automated tool on a specific platform for communication among professionals from Basic Health Units and tertiary hospital professionals. **Methods:** For one year, patients admitted to the tertiary hospital in the specialties Clinical Medicine (CM) and General Surgery (GS), from the city of Botucatu, were randomized into two groups. Patients and family members in the Intervention Group (IG) received guidance in the hospitalization moment, at hospital discharge, and after discharge, with information about their pathology, warning signs and, post-hospital therapeutic itinerary in a standardized protocol format. The discharge plan, the information provided to the patient or family member, the schedule of visits to the Basic Healthcare Unit (BHU) (regardless visits to the tertiary center), correct use of medication, and other follow-up guidelines were recorded. The non-intervention group (NIG) continued with the usual discharge procedures, without protocol guidelines, and without integrated care follow-up at the BHU. All patients were followed for a period of 6 months after hospital discharge. **Results:** the CM patients were older, had more comorbidities, and remained in the hospital longer when compared to those in the GS. There were no differences between the IG and NIG regarding knowledge of their diagnosis and understanding of the guidelines at discharge. There were no differences in 30-day readmission rates between groups in both specialties. There was a reduction in readmission for both specialties when compared to 2018 and 2019. **Conclusion:** The systematization of discharge was established and incorporated, despite not having shown differences between GI and GNI because of the same physicians interacted with patients in both groups, resulted in a decrease in unplanned hospital readmissions within 30 days. The digital tool “Second Opinion” was integrated and applied between health care networks, promoting community and multiprofessional monitoring, improving communication between care networks, providing support for decision-making, thus reducing gaps in care transitions.

**Key words:** Discharge planning; Hospital readmission; Planned Integration of Assistance; Hierarchization, Health levels; Health Unified System

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Etapas do grupo de intervenção denominado REAL (redesenhando a alta)<br>..... | 21 |
| Figura 2 - Tela inicial acesso à opção Segunda Opinião.....                              | 23 |
| Figura 3 - Fluxo de cadastramento do estabelecimento e profissional de saúde.....        | 24 |
| Figura 4 – Fluxo para o envio da consulta “Segunda opinião” .....                        | 25 |
| Figura 5 – Visualização do módulo “Prestador” .....                                      | 26 |
| Figura 6 – Reunião com especialidade de Clínica Médica Geral.....                        | 29 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização e comparação dos pacientes de acordo com as especialidades Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral, para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação .....  | 31 |
| Tabela 2 - Caracterização e comparação dos pacientes divididos em Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Clínica Médica Geral para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação.....                              | 34 |
| Tabela 3 - Caracterização e comparação dos pacientes divididos em Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Cirurgia Geral para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação.....                                    | 35 |
| Tabela 4 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Clínica Médica Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano terapêutico no momento de internação hospitalar..... | 36 |
| Tabela 5 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Cirurgia Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano terapêutico no momento de internação hospitalar.....       | 37 |
| Tabela 6 – Análise de comparação global das respostas positivas (“sim”) dos pacientes das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano terapêutico no momento de internação hospitalar.....                  | 38 |
| Tabela 7 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção (GI) referente às orientações de alta hospitalar entre as  |    |

|   |    |
|---|----|
| especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral.....  | 39 |
| Tabela 8 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade Clínica Médica Geral no momento de pós-alta hospitalar .....   | 40 |
| Tabela 9 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade Cirurgia Geral no momento de pós-alta hospitalar .....   | 41 |
| Tabela 10 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral referente aos itens do instrumento no momento de pós-alta hospitalar ..... | 42 |
| Tabela 11 - Análise comparativa das taxas de readmissões não planejadas em trinta dias após a alta hospitalar antes e após a sistematização entre as especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral .....  | 43 |
| Tabela 12 - Taxas de mortalidade global das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral e estratificada em GI e GNI de ambas em até trinta dias após a alta, assim como durante a internação até o pós-alta, monitorada por seis meses .....          | 44 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CSEs – Centros de Saúde-Escola

CID – A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIMED – Centro de Informática Médica

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COVID-19 – Coronavirus disease, 19

CMG – Clínica Médica Geral

CG – Cirurgia Geral

DRS – VI – VI Departamento Região de Saúde

EAP – Escritório de Apoio à Pesquisa

EUA – Estados Unidos das América

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

GI – Grupo Intervenção

GNI – Grupo Não Intervenção

HC – Hospital das Clínicas

HCFMB – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

NIR – Núcleo Interno de Regulação

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

p - valor – Nível descritivo

PROADIS-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

RAS – Rede de Atenção a Saúde

REBEC – Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TICs – Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USFs – Unidades de Saúde da Família

UNESP – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

XIII – Treze

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>14</b> |
| 1.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....                         | 17        |
| <b>2. OBJETIVOS .....</b>   | <b>18</b> |
| 2.1. OBJETIVO GERAL .....   | 18        |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 18        |
| <b>3. MÉTODOS .....</b>   | <b>19</b> |
| 3.1. ETAPAS DO PROJETO REAL PARA OS PACIENTES SORTEADOS PARA ESSE GRUPO.. | 20        |
| 3.2. AMOSTRA E PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO.....                               | 22        |
| 3.3. DESENVOLVIMENTO DE PLATAFORMA DE INFORMÁTICA “SEGUNDA OPINIÃO” ..... | 23        |
| 3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA DE DADOS .....                                   | 27        |
| 3.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....  | 27        |
| <b>4. RESULTADOS .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>5. DISCUSSÃO .....</b>   | <b>45</b> |
| <b>6. CONCLUSÃO.....</b>  | <b>56</b> |
| <b>7. REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>57</b> |
| <b>8. ANEXOS .....</b>  | <b>67</b> |
| <b>9. APÊNDICES.....</b>  | <b>69</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A transição da assistência após a alta do paciente é um aspecto crítico para determinar a qualidade do cuidado<sup>1, 2</sup> e inclui ações e planejamento de alta, bem como a educação em saúde do paciente e família, articulação entre os serviços e equipes de saúde e o acompanhamento pós alta.<sup>3,4</sup> Se houver fragilidades neste processo de transição, mesmo que o paciente tenha recebido os melhores cuidados intra-hospitalares, com acesso a todas as possibilidades de tratamento, as readmissões hospitalares e idas às unidades de urgência tornam-se frequentes.<sup>5,6</sup> No entanto, até os dias atuais, a realização de efetivas transições é ainda um desafio para o usuário que busca o serviço de saúde, principalmente no que diz respeito à articulação do hospital com as redes de atenção primárias, prejudicando a continuidade dos cuidados de forma adequada.<sup>5</sup>

O interesse de pesquisadores e gestores em saúde referente à temática da transição do cuidado é crescente. Evidências internacionais expõem as estratégias de transição do cuidado em modelos de sistema de saúde conforme as suas realidades contextuais.<sup>7-9</sup> Alguns estudos internacionais têm associado a qualidade da transição do cuidado com a readmissão hospitalar, identificando a redução das taxas de readmissão quando a qualidade da transição é eficaz.<sup>5,10</sup> Outros apontam a proporção de readmissão hospitalar como um indicador frequentemente utilizado como parâmetro para a qualidade assistencial.<sup>11-14</sup> Em 2009 a readmissão ocorria em torno de 20% dos pacientes atendidos pelo Medicare nos Estados Unidos.<sup>15</sup> No Brasil há, em termos globais uma proporção de readmissões hospitalares de 19,8%, com variações significativas entre as regiões brasileiras (variação de 11,7 % na região Norte até 25,4% na região Sul).<sup>14</sup>

No Brasil, apesar dos avanços das políticas de saúde quanto à estruturação da rede de atenção à saúde, a temática ainda é incipiente e marcada pelo elevado número de reinternações com menos de trinta dias da alta, pela constante busca dos usuários pelos serviços de emergência, além da comunicação ineficiente entre os profissionais das redes básicas de atenção e os hospitais, sendo um desafio para os gestores de saúde.<sup>8</sup> Um estudo realizado em Ribeirão Preto, polo assistencial e referência de média e alta complexidade para os 26 municípios da área de

abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII, com dados provenientes do Centro de Processamento de Dados Hospitalares / Observatório Regional de Atenção Hospitalar e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico dos hospitais, mostrou que, em 2011, houve 14,2% de readmissões, variando de 2,1 a 31,7%, entre os hospitais. As readmissões ocorreram no período de até sete dias após a alta da internação inicial, com tempo de permanência inferior a sete dias, tendo distribuição similar entre os sexos feminino e masculino, em pacientes adultos, que apresentavam ao menos uma comorbidade. Ocorreram com maior frequência nas internações pelo SUS, em hospitais com mais de 100 leitos e elevada complexidade assistencial.<sup>16</sup>

Os prejuízos à saúde dos pacientes com as readmissões vêm acompanhados de altos custos, podendo indicar elementos disfuncionais e fragmentos no sistema de saúde. Em 2007, nos Estados Unidos, o Medicare estimou uma potencial economia de 12 bilhões de dólares por ano, se reduzidas as readmissões preveníveis.<sup>17</sup> No ano seguinte, o congresso americano recomendou que o Medicare pagasse uma única vez para um episódio de cuidado, até 30 dias após a alta.<sup>18</sup> Em 2012, o Medicare reduziu os pagamentos a hospitais com altas taxas de readmissão por problemas cardíacos e pneumonia.<sup>19</sup>

No Brasil, em 2016, a Agência Nacional de Saúde (ANS) tornou obrigatório para os planos de saúde, o informe das readmissões de pacientes até 30 dias após a alta. A taxa de readmissão passou a ser usada como critério para definir a porcentagem autorizada de reajuste dos planos de saúde, podendo atingir até 100% do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).<sup>20</sup> No âmbito do SUS, não há política de incentivo à diminuição das taxas de readmissão, que são caras e muitas vezes evitáveis.<sup>21</sup>

Na Europa e nos Estados Unidos, planos para estabelecer a transição do cuidado após a alta tem sido colocados em prática no intuito de padronizar as ações, obtendo assim melhores resultados.<sup>6,22,23</sup> Todas as propostas têm em comum o planejamento da alta ainda durante a internação, abreviando as necessidades que ocorrerão no momento da alta (dieta, cuidados domiciliares, etc.), instruções detalhadas sobre os cuidados e medicações necessárias no momento da alta, interação com o médico generalista que acompanhará o paciente, canal de

comunicação para dúvidas, orientações sobre sinais de alerta para buscar serviço de saúde, orientações sobre dieta e exercícios, retornos em consultas e exames e telefonemas para tirar eventuais dúvidas.<sup>6,22,23</sup>

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização e a hierarquização são dois princípios que definem a estruturação dos serviços em níveis de complexidade crescentes, dispostos em uma área geográfica circunscrita e com a definição da população a ser acolhida. Refletem na capacidade dos serviços de saúde em oferecer a uma determinada população todas as vias para a assistência, assim como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando maior resolutividade. O acesso da população à rede deve se dar por intermédio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para acolher e resolver os problemas de menor complexidade. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade.<sup>24, 25</sup>

Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.<sup>24</sup> No entanto, na prática o que se observa é um fluxo de encaminhamento no sentido ascendente, ou seja, da rede básica para hospitais secundários e terciários, sem o adequado retorno destes pacientes para continuarem a assistência nas unidades básicas, superlotando os serviços de referência. Nota-se, ainda, grande abismo na comunicação entre o profissional de saúde da unidade básica e a equipe do hospital terciário, que é inacessível para discussões de casos e respostas de dúvidas.<sup>25</sup>

Diante do exposto, nota-se que os planos estruturados e sistematizados de alta hospitalar são ferramentas fundamentais neste processo de transição do cuidado, visto que aumentam a capacidade do autocuidado, fortalecem a adesão ao tratamento terapêutico solicitado, reduzem a incidência das readmissões, além de subsidiarem com maior segurança o elo e a comunicação entre a rede hospitalar terciária e as redes de atenção em saúde, com foco na integralidade do cuidado, baixos custos e alta reprodutibilidade.<sup>25</sup>

Promover um planejamento prévio e sistematizado para a alta hospitalar permite qualificar os cuidados desde a primeira internação até a manutenção da assistência domiciliar, minimizando as hospitalizações não programadas, garantindo a segurança do paciente.<sup>26</sup>

### **1.1. Delimitação do problema e justificativa**

Estudos inerentes à temática citada ganham destaque no cenário internacional, embora ainda em menor número na literatura nacional. A taxa de readmissões hospitalares apresenta relevância social e econômica no âmbito da gestão, uma vez que permite o reconhecimento situacional do contexto, seus determinantes, análise de custos, bem como o impacto na população.

Ademais, compreender as percepções de pacientes sobre o seu processo de transição da rede hospitalar para a rede básica de saúde e domicílio permitem buscar estratégias facilitadoras e sistematizadas para a tomada de decisão, contribuindo para implantação de transições do cuidado mais qualificadas e eficientes, baseadas em evidências, prevenindo readmissões desnecessárias e redução de custos.

A presente pesquisa está direcionada ao processo contínuo da assistência desde a internação do paciente até a alta hospitalar, o qual traz desafios no que concerne à preservação da autonomia do paciente, bem como ao cumprimento das variadas orientações de uma equipe multiprofissional. Desta forma, pretende - se responder às questões: Qual é a taxa de readmissão hospitalar após a implantação de ferramenta para a sistematização do cuidado?

## 6. CONCLUSÃO

Foi estabelecida e incorporada a sistematização da alta, que apesar de não ter apresentado diferenças entre GI e GNI por serem os mesmos médicos a interagirem com os pacientes em ambos os grupos, teve como consequência a diminuição das readmissões hospitalares não planejadas em 30 dias, impactando positivamente no processo de trabalho da instituição.

A ferramenta digital “Segunda Opinião”, hospedada no “HC em Casa” foi integrada e aplicada entre as redes de atenção à saúde, promovendo o acompanhamento comunitário e multiprofissional, melhorando a comunicação e permitindo a discussão de casos entre as redes de atenção primária e terciária, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, reduzindo-se as lacunas nas transições de cuidado.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Pena KSP, Rollo RM, Reuter CLO, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre; 2020, 41, e20190168. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>
2. Hellesø R, Lorensen M, Sorensen L. Challenging the information gap--the patients transfer from hospital to home health care. *Int J Med Inform.* 2004 Aug; 73(7-8):569-80. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2004.04.009. PMID: 15246037.
3. Goldstein JN, Hicks LS, Kolm P, Weintraub WS, Elliott DJ. Is the Care Transitions Measure Associated with Readmission Risk? Analysis from a Single Academic Center. *J Gen Intern Med.* 2016 Jul;31(7):732-8. doi: 10.1007/s11606-016-3610-9. Epub 2016 Feb 11. PMID: 26868279; PMCID: PMC4907944.
4. Trompeter JM, McMillan AN, Rager ML, Fox JR. Medication Discrepancies During Transitions of Care: A Comparison Study. *J Healthc Qual.* 2015 Nov-Dec; 37(6):325-32. doi: 10.1111/jhq.12061. PMID: 24417581.
5. Acosta AM. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
6. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, Öhlen G, Olsson M, Bergenbrant S, Orrego C, Suñol R, Toccafondi G, Venneri F, Dudzik-Urbaniak E, Kutryba B, Schoonhoven L, Wollersheim H; European HANDOVER Research Collaborative. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Serv Res.* 2014 Sep 13; 14:389. doi: 10.1186/1472-6963-14-389. PMID: 25218406; PMCID: PMC4175223.
7. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* (22)3: e47615, 2017. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
8. Silva-Rodrigues FM, Bernardo CSG, Alvarenga WA, Janzen DC, Nascimento LC. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos

- com leucemia. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180238. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. PMID:31188974
9. Barbosa NB, Elias PEM. Health social organizations as a way of public/private management. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2483-2495 2010
  10. Câmara CE., Atividades do enfermeiro na transição do cuidado na alta hospitalar: realidades e desafios. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Ritter dos Reis, Porto Alegre, 2017.
  11. Fischer C, Lingsma HF, Marang-van de Mheen PJ, Kringos DS, Klazinga NS, Steyerberg EW. Is the readmission rate a valid quality indicator? A review of the evidence. *PLoS One*. 2014 Nov 7;9(11):e112282. doi: 10.1371/journal.pone.0112282. Erratum in: *PLoS One*. 2015;10(2):e0118968. PMID: 25379675; PMCID: PMC4224424.
  12. Sousa-Pinto B, Gomes AR, Oliveira A, Ivo C, Costa G, Ramos João; et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década, *Acta Med Port* 2013 Nov-Dec;26(6):711-720
  13. Van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*. 2011 Apr 19;183(7):E391-402. doi: 10.1503/cmaj.101860. Epub 2011 Mar 28. PMID: 21444623; PMCID: PMC3080556.
  14. Moreira ML. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
  15. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009 Apr 2; 360(14):1418-28. doi: 10.1056/NEJMsa0803563. Erratum in: *N Engl J Med*. 2011 Apr 21;364(16):1582. PMID: 19339721.
  16. Dias, B.M. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22122015-101155/pt-br.php>. Acesso em: Fev. 2019.
  17. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: promoting greater efficiency in Medicare. Washington, DC: MedPac; 2007.

18. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: reforming the delivery system. Washington, DC: MedPac; 2007.
19. PPACA & HCERA. Public Laws 111-148&111-152. Consolidated print; 311-6. One Hundred Eleventh Congress of the United States of America, Entitled The Patient Protection and Affordable Care Act. 2010. Disponível em: [www.ncsl.org/documents/health/ppaca-consolidated.pdf](http://www.ncsl.org/documents/health/ppaca-consolidated.pdf). Acesso em: Fev. 2019.
20. Brasil. ANS- Agência Nacional de Saúde. Fator de Qualidade: dados de readmissão hospitalar devem ser informados à ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3167-fator-dequalidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-a-ans>. Acesso em: Fev. 2019.
21. Cykert S. Improving care transitions means more than reducing hospital readmissions. N C Med J. 2012 Jan-Feb;73(1):31-3. PMID: 22619850.
22. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, Paasche-Orlow MK, Manasseh C, Martin S, Culpepper L. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009 Feb 3;150(3):178-87. doi: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007. PMID: 19189907; PMCID: PMC2738592.
23. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006 Sep 25; 166(17): 1822-8. doi: 10.1001/archinte.166.17.1822. PMID: 17000937.
24. Brasil. Lei no. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20.  
Brasil. Ministério da Saúde (MS). Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2ª Edição. Revista e Atualizada. – Brasília: MS; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

25. Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT, Ludwig MCF, Wegner W. Transição do cuidado da criança com câncer. *Escola Anna Nery* 25(2)2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239>
26. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998.
27. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annu Rev Med*. 2014;65:471-85. doi: 10.1146/annurev-med-022613-090415. Epub 2013 Oct 21. PMID: 24160939; PMCID: PMC4104507.
28. Mixon AS, Goggins K, Bell SP, Vasilevskis EE, Nwosu S, Schildcrout JS. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. *J Hosp Med*. 2016; 11(9):603-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.2572>
29. Hansen L, Young R, Hinami K, Leung A, Williams M. Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 155(8):520.
30. Kneepkens E, Brouwers C, Singotani R, de Bruijne M, Karapinar-Çarkit F. How do studies assess the preventability of readmissions? A systematic review with narrative synthesis. *BMC Medical Research Methodology*. 2019; 19(1).
31. Queiroz DB, Oliveira LC de, Araújo CM de, Reis LA dos. Perfil de internações de idosos em uma clínica de neurociências de um hospital público. *Rev Enferm Contemp*. 2016; [citado 2018 jan 22];5(1):16-24. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/441/>
32. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:43.
33. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 1:4s.

34. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):284-90.
35. Gomes LL, Volpe FM. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. *Rev Med Minas Gerais* 2018; 28 (Supl 5): e-S280513
36. Silva GM, Menezes GGS. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. 2014; 10(3): 2-9. Disponível em: <https://www.scienciaplenu.org.br/sp/article/view/1541/942>.
37. Borges PRT, Fontes DE, Gaudencio DL, Sampaio RF. Perfil dos pacientes internados em hospitais universitários de grande porte: conhecer para potencializar a assistência. *Saúde (Santa Maria)*. 2020, v. 46, n. 2: e43662
38. Barbosa BR, Almeida JMA, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8): 3317-3325, 2014
39. Tanqueiro SMT. *A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2013; III(9):151-160. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968002>
40. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions a systematic review of best practices. *J Nurs Care Qual.* 2015; 30(3):233-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000097>
41. Coelho AMS, Oliveira CG, Bezerra STF, Almeida ANS, Cabral RL, Coelho MMF. Autocuidado de pacientes com colostomia, pele periestomal e bolsa coletora. *Rev Enferm UFPE online*. 2015[citado em 2016 jul. 12];9(10):9528-34. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10897>
42. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras de Enferm* [Internet]. 2011;64(5). [Acesso em 2016 Mai 26]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H6bhHF7x7qHLqc85tbr53nC/?lang=pt&format=pdf>

43. Pedro DRC, Silva GKT, Molin TD, Oliveira JLC, Nicola AL, Tonini NS. Conhecimento do paciente sobre a assistência hospitalar recebida durante sua internação. *REME – Rev Min Enferm.* 2016; 20: e978. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e978.pdf> DOI: 10.5935/1415-2762.20160048
44. Pereira M, Terezinha Alves Rezende K, Ferreira Santos I, Franco da Rocha Tonhon S. O processo de hospitalização sob a ótica do paciente. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2020; 33(Supl.): 1-9.
45. Dias SM, Gomes MS, Gomes HG, Medeiros JSN, Ferraz LP, Pontes FL. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. *Rev Interd.* 2017 out/dez; 10(4): 96-104. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1322>. Acesso em: Set. 2021.
46. Fialho FH, Lacerda LHR, Borborema TRF, Pereira FR. Planejamento de alta hospitalar de enfermagem e transição hospital/domicílio do paciente: uma revisão sistemática. 2018.
47. Kash BA, Baek J, Davis E, Champagne-Langabeer T, Langabeer JR 2nd. Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange. *Int J Med Inform.* 2017 Aug; 104:97-104. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.05.012. Epub 2017 May 20. PMID: 28599821
48. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: na integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180119. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20180119>
49. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art, No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858. CD000313. pub5. Accessed 27 September 2021.
50. Beltrame S, Oliveira A, Santos M, Santos Neto E. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde em Debate.* 2019; 43(123): 1015-1030.
51. Lima-Toivanen M, Pereira RM. The contribution of eHealth in closing gaps in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean.

- Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e188. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.188>
52. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):411-418,abr-jun. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420160002000019>
53. Landsberg GAP. e-Health and primary care in Brazil: concepts, correlations and trends. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11(38):1-9. Doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1234](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1234)
54. Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet Res*. 2001;3(2):e20. Doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
55. Rocha TAH, Fachini LA, Thumé E, Silva NC, Barbosa ACQ, Carmo M, et al. Saúde Móvel: novas perspectivas para a oferta de serviços em saúde. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016.Brasília;25(1):159-170, jan-mar. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420160001000016>
56. World Health Organization. Fifty-eighth. 2005. Geneva,16-25 may. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/20398>
57. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012 out; 46(5): 761-8. doi: 10.1590/S0034-89102012000500001
58. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2012; 45(1): 31-8.
59. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2015; 23(2): 337-44 DOI: 10.1590/0104-1169.0072.2560
60. LaCalle EJ, Rabin EJ, Genes NG. High-frequency users of emergency department care. *J Emerg Med*. 2013 Jun;44(6):1167-73
61. Billings J, Raven MC. Dispelling an urban legend: frequent emergency department users have substantial burden of disease. *Health Aff*. 2013 Dec;32(12):2099-108

62. Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, et al. Frequent Users of Emergency Departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med*. 2012 Jul; 60(1):24-32.
63. Moe J, Bailey AL, Oland R, Levesque L, Murray H. Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. *CJEM*. 2013 Jul;15(4):214-26
64. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res*. 2013 Dec;48(6 Pt 2):2134-56.
65. Doran KM, Raven MC, Rosenheck RA. What drives frequent emergency department use in an integrated health system? National data from the Veterans Health Administration. *Ann Emerg Med*. 2013 Aug; 62(2):151-9.
66. Almeida PF, Gêrvas J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate* [serial on the Internet]. 2013 Sep [cited 2019 Apr 03];11(1): [about 10p.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en)
67. Martin LA, Finlayson SRG, Brooke BS. Patient Preparation for Transitions of Surgical Care: Is Failing to Prepare Surgical Patients Preparing Them to Fail? *World J Surg*. 2017 Jun;41(6):1447-1453. doi: 10.1007/s00268-017-3884-z. PMID: 28101609
68. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-874. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005).
69. Guimarães AMAN, Cavalcante CCB, Lins MZS. Planificação da Atenção Primária à Saúde: um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2018.
70. Magalhães MC, Cintra KMS. Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de experiência - Regional de Saúde Centro Sul. *Rev Cient Esc*

- Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”. 2020;6(1):139-150.  
<https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1432>
71. PlanificaSUS: Workshop 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 36 p.
72. Guimarães ADN, Cavalcante CCB, Lins MZS; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Documenta 31. Planificação da atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2018.
73. Malcolm MP, Middleton A, Haas A, Ottenbacher KJ, Graham JE. Variation in Facility-Level Rates of All-Cause and Potentially Preventable 30-Day Hospital Readmissions Among Medicare Fee-for-Service Beneficiaries After Discharge From Postacute Inpatient Rehabilitation. *JAMA Netw Open*. 2019 Dec 2;2(12):e1917559. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17559. PMID: 31834398; PMCID: PMC6991209.
74. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Epub 2011 May 9. PMID: 21561658.
75. Feil Weber LA, Dias da Silva Lima MA, Marques Acosta A. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan* [Internet]. 30 de enero de 2020 [citado 27 de septiembre de 2021];19(4):1-11. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/11963>
76. Chibante CL de P, Espírito Santo FH, Santos TD, Pestana LC, Santos ACS, Pinheiro FM. <b> Fatores associados à internação hospitalar em clientes com doenças crônicas/ Factors associated with hospital admission in patients with chronic diseases<b>. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 26º de maio de 2016 [citado 27º de setembro de 2021];14(4):1491 -1497. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24881>
77. Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, Sehgal N, Lindenauer PK, Metlay JP et al. Preventability and causes of readmissions in a national Cohort of

- general medicine patients. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):484-93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7863>
78. Borges PRT, Fontes DE, Gaudencio DL, Sampaio RF. Perfil dos pacientes internados em hospitais universitários de grande porte: conhecer para potencializar a assistência. *Saúde (Santa Maria)*. 2020, v. 46, n. 2: e43662
79. Kangovi S, Grande D. Hospital readmissions--not just a measure of quality. *JAMA.* 2011 Oct 26; 306(16): 1796-7. doi: 10.1001/jama.2011.1562. PMID: 22028356.
80. Oddone EZ, Weinberger M. Hospital readmission rates: are we measuring the right thing? *Ann Intern Med.* 2012 Dec 18;157(12):910-1. doi: 10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00013. PMID: 23247941.
81. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Olivetti A, De Marinis MG. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020 Jan; 101:103396. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31698168.