



Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos

Early hospital readmission in the perspective of chronically ill patients

Elen Ferraz Teston¹, Josilaine Porfírio da Silva², Mara Lucia Garanhani³, Sonia Silva Marcon⁴

Objetivo: apreender, pela perspectiva de doentes crônicos, os motivos da reinternação. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado com 19 pacientes de um hospital geral. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, submetidos à análise de conteúdo e agrupados em duas categorias. **Resultados:** a primeira categoria revelou que os pacientes atribuíam a ocorrência de reinternação à condição de vida e a determinantes sociais. A segunda categoria mostrou que os pacientes acreditavam que seguir orientações médicas e tomar os medicamentos prescritos podiam evitar reinternações, mas não faziam associação dessas ações com outras de autocuidado. **Conclusão:** o planejamento da alta hospitalar constitui oportunidade para agregar novas ações de autocuidado listadas a partir das reais demandas individuais, para evitar novas reinternações.

Descritores: Alta do Paciente; Doença Crônica; Planejamento em Saúde.

Objective: learn, from the perspective of chronically ill patients, the reasons for rehospitalization. **Methods:** qualitative study with 19 patients in a general hospital. Data were collected through semi-structured interviews, submitted to content analysis and grouped into two categories. **Results:** the first category revealed that patients attributed the occurrence of rehospitalization to the living conditions and social determinants. The second category showed that patients believed that, by following medical advice and taking the prescribed medicines they could prevent rehospitalizations, but they did not associate these actions with other actions of self-care. **Conclusion:** the discharge planning is an opportunity to add new self-care actions that must be based on the real needs of individual, in order to avoid further rehospitalizations.

Descriptors: Patient Discharge; Chronic Disease; Health Planning.

¹Secretaria Municipal de Saúde. Jandaia do Sul, PR, Brasil.

²Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Londrina, PR, Brasil.

³Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil.

⁴Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente: Elen Ferraz Teston

Rua Luiz Vignoli, 597. CEP: 86900-000. Jandaia do Sul, PR, Brasil. E-mail: elen-1208@hotmail.com

Introdução

A sociedade contemporânea passa por diversas transformações em nível econômico, político e social, as quais contribuem com a modificação na forma como o sujeito e a coletividade organizam seu modo de viver. Essas mudanças interferem diretamente no acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde, repercutindo na alteração dos padrões de adoecimento. É neste contexto que surgem as doenças crônicas não transmissíveis, que constituem um sério problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como nos de média e baixa renda⁽¹⁻²⁾.

Estima-se que mais de 36 milhões de indivíduos morrem anualmente por conta de doenças crônicas não transmissíveis, o que corresponde a 63,0% das mortes no mundo. As principais causas são doenças cardiovasculares, diabetes e doenças do aparelho respiratório, sendo que a incidência dessas doenças aumenta rapidamente entre os países de baixa e média renda⁽²⁾.

Caracterizadas por possuírem uma etiologia múltipla, fatores de risco diversos, longos períodos de latência e curso prolongado, as doenças crônicas possuem como fardo efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos afetados, associação a deficiências, incapacidades funcionais e morte prematura⁽¹⁻²⁾.

As dificuldades no controle destas doenças resultam em internações hospitalares. No entanto, este período, que, teoricamente, seria dedicado à melhora na situação de saúde, não determina o fim da necessidade de cuidado. Quando não há acompanhamento constante, mudança no estilo de vida e adesão ao tratamento, nova internação hospitalar pode ser necessária.

As reinternações hospitalares constituem um problema frequente nas instituições de saúde. Estudo internacional identificou taxas de reinternação hospitalar que variam de 18,2% a 25,0%, entre pacientes com doenças cardiovasculares e respiratórias⁽³⁾. Um maior número de reinternações é observado, ainda,

nos pacientes com mais de 60 anos, devido à associação com doenças crônicas, o que representa maiores complexidade de tratamento e custo ao sistema hospitalar⁽⁴⁾.

A reinternação pode refletir nas condições clínicas do paciente, no suporte das famílias e até mesmo na eficácia das instituições de internamento. São, de certa forma, um alerta epidemiológico, devendo desencadear estratégias de seguimento adequadas e integradas entre as diferentes categorias profissionais envolvidas no atendimento⁽⁵⁾.

Considerando que a reinternação traz grande ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares, é importante conhecer as características da população que passa por essa situação, com vistas a prestar um melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção e eficiência os cuidados específicos após a alta, de modo a reduzir as reinternações⁽⁶⁾.

Considerando a complexidade das doenças crônicas, a problemática e a redução das reinternações podem ser exploradas e melhor compreendidas à luz da Teoria do Autocuidado. De acordo com essa teoria, autocuidado refere-se às atividades que as pessoas realizam em seu próprio benefício, tendo em conta a manutenção da vida, sua saúde e seu bem-estar. Está relacionado, assim, à capacidade do indivíduo de realizar atividades físicas, psicológicas e espirituais indispensáveis para viver e sobreviver⁽⁷⁾.

Ainda, segundo a teoria, os indivíduos podem desenvolver ou aprimorar a capacidade para o autocuidado, já que esta é aprendida e não instintiva. Além disso, quando se estabelece um desequilíbrio entre a necessidade de cuidado e a capacidade do indivíduo em realizá-lo, pode ser necessária a intervenção de outras pessoas, momento este em que as ações do enfermeiro podem ser necessárias⁽⁷⁾.

A importância do autocuidado, enquanto subsídio para uma assistência de enfermagem holística, aquela que reconhece que as condições ambientais, sociais e humanas facilitam ou limitam a capacidade

do indivíduo para engajar-se no autocuidado, também é caracterizada em estudo realizado junto a indivíduos com Transtorno Afetivo Bipolar, no qual é ressaltada a importância das orientações de cuidado e autocuidado, tanto para o paciente quanto para a família, com vistas a minimizar os efeitos da doença no relacionamento doente-família, bem como facilitar a adesão às ações de cuidado⁽⁸⁾.

Estes resultados apontam ser necessário conhecer mais sobre a experiência individual do doente com sua doença, sobre o ambiente físico e social no qual a doença se manifesta e o modo como o doente lida com ela, seja em situações em que a doença está controlada e também quando há descontrole, com consequente necessidade de (re)internação.

Assim, o objetivo deste estudo foi apreender, pela perspectiva de doentes crônicos, os motivos da reinternação.

Métodos

Estudo qualitativo que busca aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos, e processos particulares e específicos de grupos delimitados em extensão e suscetíveis de serem abrangidos intensamente⁽⁹⁾, neste estudo focado nas percepções de pacientes sobre os motivos de reinternações.

O cenário do estudo foi o setor de clínica médica de um hospital geral de médio porte da cidade de Londrina (PR), que possuía 117 leitos, distribuídos nos setores de clínica médica (38 leitos), clínica cirúrgica (27 leitos), pediatria (20 leitos) e pronto-socorro (32 leitos).

Os dados foram coletados em setembro de 2011 por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas de modo reservado no próprio quarto dos pacientes, por uma das autoras do estudo. Elas foram guiadas por um questionário semiestruturado, contendo dados sociodemográficos, da doença, e pela questão norteadora: "Fale-me sobre o motivo de sua reinternação". Algumas questões de apoio, quando ne-

cessário, foram utilizadas, de modo a possibilitarem maior aprofundamento da temática; são elas: Por que acha que esta internação foi necessária? Você realizou algum cuidado/mudança após sua última internação? Acredita ser necessário fazer algo diferente após a alta hospitalar para evitar uma nova internação por este mesmo problema?

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e todas, com consentimento dos participantes, foram gravadas em aparelho digital e, depois, transcritas na íntegra, preferencialmente no mesmo dia em que foram realizadas.

Ressalta-se que se procurou realizar a entrevista quando o paciente estava sozinho no quarto e, quando estivesse com acompanhante, foi solicitado que este não interferisse nas respostas e nem no desenvolvimento da entrevista.

Durante o mês em que foi realizada a coleta de dados, 145 pacientes passaram por internação na referida unidade. Para identificar os possíveis participantes, em todas as internações ocorridas neste período, foi levantado no sistema hospitalar se o paciente tinha passado por internação anterior nos últimos 6 meses, tendo sido identificado 35 casos de reinternação.

Para todos os casos identificados, foi verificado o atendimento dos critérios de inclusão estabelecidos, ou seja, não apresentar confusão mental ou sequelas neurológicas que pudessem prejudicar e/ou impedir a participação na entrevista. Desse modo, os informantes do estudo foram 19 dos 35 pacientes que passaram por reinternação há menos de seis meses.

Para análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, submetidas a um processo de análise de conteúdo⁽⁹⁾. Durante a análise, foram realizadas várias leituras das transcrições das entrevistas. Em seguida, buscou-se identificar os fatores envolvidos com o fenômeno da reinternação. Para tanto, as frases dos discursos foram agrupadas por aproximação do conteúdo das mesmas. Posteriormente, elas foram organizadas e agregadas em uni-

dades de registro, conforme sua relação com a reinternação e o objetivo do estudo, dando origem a duas categorias.

Para resguardar a identidade dos entrevistados, as falas foram organizadas e identificadas pelas letras “M” ou “F”, referente aos sexos masculino e feminino, seguidas por um número indicativo da idade e, por fim, o diagnóstico principal da reinternação.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os 19 pacientes tinham idade que variou de 20 a 96 anos (média de 62,6 anos), sendo que 11 deles tinham mais de 60 anos e 13(68,4%) eram do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 10(52,6%) tinham o Ensino Fundamental incompleto, cinco (26,3%) eram analfabetos, três tinham o Ensino Médio completo (15,7%) e apenas um (M-62 anos) possuía Ensino Superior.

Quanto às doenças preexistentes, 11 pacientes possuíam doenças do aparelho circulatório, seis do respiratório, cinco *diabetes mellitus* e um era etilista. Observou-se, ainda, que dez pacientes (52,6%) tinham diagnóstico de hipertensão arterial isolada (M-51anos) ou associada a outras doenças como *diabetes mellitus* (M-65 anos, F-81 anos e F-79 anos), insuficiência cardíaca congestiva (M-79 anos, F-80 anos) e doença pulmonar obstrutiva crônica (F-91 anos, M-60 anos, F-63 anos, M-59 anos). Destaca-se que, para 13 deles (68,4%), a causa da reinternação foi a descompensação da doença de base, e os outros seis foram internados para tratamento de algum tipo de infecção.

O fato das reinternações estarem associadas às doenças preexistentes demonstrou, de certa forma, sua falta de controle. Destarte, a análise das entrevistas possibilitou a construção de duas categorias, que expressaram as percepções de pacientes crônicos quanto aos motivos que levaram à reinternação e os fatores que podiam contribuir para evitá-la.

Percepção do paciente quanto ao motivo para a reinternação

Quanto aos motivos que levaram à reinternação, foi comum os entrevistados associarem sua ocorrência às condições de vida e aos determinantes sociais, como pôde ser verificado nas seguintes falas: *Eu fiquei assim porque a menina do bar colocou açúcar na minha vitamina, aí atacou a diabete* (M-65 anos, pé diabético infectado). *Não tinha casa, nem muita higiene, nem tomava remédio, eu era sozinha, então logo voltava para o hospital* (M-36 anos, insuficiência cardíaca congestiva descompensada). *A meta que eu tenho é encostar para cuidar da saúde, porque eu trabalho assim há 16 anos* (M-56 anos, pé diabético). *Eu preciso ganhar dinheiro para comprar remédio e cuidar da saúde* (M-96 anos, pneumonia). *O médico me mandou ficar de repouso, mas eu sou sozinha e tenho uma moça doente, então não tem jeito de fazer repouso, preciso fazer minhas coisas em casa* (F-91 anos, doença pulmonar obstrutiva crônica descompensada). *Cuidar da saúde eu tentei, mais daí encontrei uns colegas e entrei na bebida de novo. Eu tentei sair fora procurando um serviço, afastar dessa vida que eu estava de bebida, mais aí não consegui e voltei a beber. [...] Se eu achasse um serviço que eu pudesse ficar quieto no meu canto eu ia fazer um esforço pra parar de beber, agora fumar eu não garanto não* (M-42 anos, Abstinência alcoólica).

Fatores que contribuem para evitar reinternação na percepção de doentes crônicos

Quando questionados em relação aos prováveis fatores que podiam evitar uma reinternação, muitos dos entrevistados referiram-se às medidas de autocuidado que deveriam seguir, destacando as prescrições médicas: *Eu vou obedecer às ordens da medicina que é muito importante para nós. Eu creio muito na medicina, no médico, no hospital que tem me cuidado muito, e me dado o possível para que eu possa ser liberto dessa enfermidade* (M-79 anos, insuficiência cardíaca congestiva descompensada). *Eu tenho que me cuidar. Se cuidar é indicação do médico, o que ele passar para gente tem que seguir certo* (F-81 anos, celulite). *O que o médico me indicar eu vou fazer* (M-63 anos, cirrose hepática). *Eu vou fazer tudo que o médico mandar, dos pés até a cabeça. Porque existem três pessoas que eu não minto: pro meu advogado, juiz e médico* (M-60 anos, doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada).

Outros entrevistados citaram o uso correto das medicações como principal estratégia para controle de suas doenças e manutenção da saúde. *Tenho que me cuidar, pra essa enfermidade curar, tomar o medicamento certo* (M-79 anos, insuficiência cardíaca congestiva descompensada). *Quando eu voltar pra casa dessa vez, vou tomar todos os remédios certinhos. Tem um monte de comprimido que às vezes eu esquecia, aí não adianta, fiquei doente de novo* (M-42 anos, abstinência alcoólica). *Eu acho que para cuidar da saúde eu preciso ganhar dinheiro para comprar remédio* (F-73 anos, doença pulmonar obstrutiva crônica). *Eu penso em sempre trabalhar muito, para daí poder comprar todos os remédios, pomadas e conseguir curar essas dores* (F-79 anos, celulite).

Discussão

Diante das falas, verificou-se a influência de alguns fatores, como, por exemplo, o contexto de vida e os determinantes sociais, na percepção do indivíduo quanto às causas de reinternação. Entretanto, estes não podem ser vivenciados como fatores impeditivos para mudança de hábitos de vida e realização de novas ações de autocuidado. Nesse sentido, o enfermeiro tem papel importante junto às pessoas com doenças crônicas, pois suas ações podem contribuir para a manutenção de sua saúde, por meio do estímulo ao autocuidado, considerando as diferentes percepções dos indivíduos diante da doença e do contexto no qual está inserido.

Isso porque as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem pre-dispõem a grandes riscos de doenças. Essas circunstâncias, nomeadas de determinantes sociais, moldam a saúde dos indivíduos, pois estão relacionadas aos meios de moradia, e a fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde⁽¹⁰⁾.

Ainda ressalta-se a importância de aceitação da doença e de sua condição de doente, pois, calcado na informação e na compreensão objetiva da doença e do adoecer, e de seu papel como sujeito ativo nesse processo, o indivíduo consegue reconhecer a importância da realização de ações que favoreçam o autocuidado⁽¹¹⁾. Para isso, é importante o estabelecimento

de apoio e de um vínculo efetivo com o doente e sua família, para que sejam aceitas as premissas básicas para a percepção das mudanças requeridas⁽¹²⁾.

Nesse contexto, a enfermagem tem oportunidade, durante o planejamento das estratégias de cuidado, de valorizar a responsabilidade do indivíduo por sua própria saúde, e de reconhecer que prevenção e educação para a saúde, durante a hospitalização e no planejamento de alta hospitalar, são aspectos importantes nas intervenções de enfermagem.

O planejamento da alta hospitalar é necessário desde a admissão do paciente, pois constitui oportunidade para os profissionais de saúde identificarem os potenciais dos indivíduos e familiares, de acordo com as demandas de cuidado que terão posteriormente no domicílio, usufruindo das oportunidades de ensino-aprendizagem vivenciadas na internação. Nesse processo de planejamento, o paciente e o familiar devem ser compreendidos como únicos e singulares, como seres que têm potencialidades e fragilidades que precisam ser avaliadas com comprometimento, e conhecimento técnico e científico pelos profissionais de saúde^(7,13). Além disso, necessitam ser esclarecidos e informados em relação aos cuidados necessários a serem dispensados, para evitar uma reinternação.

Assim, pode surgir a oportunidade para que pacientes e famílias atribuam significado às informações recebidas e se conscientizem, tornando-se capazes de modificar não apenas sua situação de saúde, mas também de melhorar a de todo o meio familiar, promovendo qualidade na alimentação, lazer e práticas de exercícios físicos, pois estes são fatores que contribuem para a manutenção do estado de saúde⁽¹¹⁾.

No modelo tradicional de assistência à saúde, centrado na doença, a relação entre médico e paciente é assimétrica, pois o primeiro se considera detentor do conhecimento técnico necessário para a solução dos problemas de saúde do segundo. O paciente é aquele que se encontra em situação de ameaça à sua integridade física, devido a uma doença, em decorrência da qual se reporta ao médico, buscando encontrar a solução para seu problema⁽¹⁴⁾.

Ao se manifestarem sobre os cuidados a serem desenvolvidos para evitar uma reinternação, observou-se que muitos dos entrevistados atribuíam principalmente ao médico a solução de seus problemas de saúde, já que são eles que dizem o que os pacientes devem ou não fazer. Eles, por sua vez, refutam a possibilidade de que os médicos não conheçam toda a gama de fatores que estão intrincados com seu estar doente⁽¹⁰⁾.

No entanto, ao mesmo tempo que apontam a importância de seguir as “ordens médicas” e, de certo modo, apresentam-se dispostos a segui-las, eles não conseguem transferir ao universo pessoal as ações que caracterizam esse “seguimento”. Nenhum deles fez referência ou assumiu para si a responsabilidade de realizar ações que certamente já ouviram falar como necessárias, como, por exemplo, “parar de beber”, “iniciar caminhada” ou “deixar de comer isto ou aquilo”. As falas mostram que, apesar do episódio de reinternação, eles ainda estão na fase de contemplação, e não de preparação para, de fato, iniciar uma ação de autocuidado.

Neste sentido, vale salientar que muitos dos entrevistados foram reinternados pelas mesmas causas que motivaram outra internação há menos de 6 meses, o que indica a importância de as orientações serem adequadas à condição real e individual de vida do paciente, de forma que ele mesmo perceba o que é bom ou ruim para sua saúde. Esta concepção tradicional está associada à crença na ciência que tende a levar tanto o doente como o próprio médico a assumirem uma condição de onipotência deste último diante da doença e do próprio doente. Assim, o doente passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a tutela do médico e, enquanto ocupar essa posição, deve ter que abdicar temporariamente de sua autonomia, de seu poder de reflexão e decisão sobre si, e de seu conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Nessa perspectiva, os profissionais da área da saúde devem promover a autonomia dos usuários, a partir de ações que visem à promoção dos sujeitos,

tornando-os capazes de compreender suas necessidades de saúde, entendendo seus agravos e participando como corresponsáveis no processo de produção de saúde⁽¹¹⁾. Para isso, faz-se necessário incluir, durante o planejamento da assistência, os condicionantes do autocuidado, como a condição social e econômica, as relações familiares e a motivação individual para realização das ações de autocuidado⁽⁷⁾.

No entanto, é importante destacar que, no discurso dos entrevistados, não foi retratada a colaboração dos profissionais de enfermagem em seu tratamento e nem foram citadas orientações fornecidas por esses profissionais. Este fato desencadeia a necessidade de atenção para a forma como esses profissionais atuam e se identificam durante a internação no ambiente hospitalar. A invisibilidade deste profissional, que está presente nesse ambiente nas 24 horas do dia, é preocupante e, ao mesmo tempo, indicativa da necessidade de uma maior aproximação de seu fazer com o doente e suas necessidades. Ademais, não se devem descartar as características da população estudada, uma vez que, em sua simplicidade, podem atribuir o título de doutor a todos os profissionais que os atendem.

Considerando os depoimentos, verificamos a imprescindível necessidade de investir no planejamento da alta hospitalar focada nas ações de autocuidado, que é um aspecto complexo da assistência e de responsabilidade interdisciplinar. Embora não citado nos discursos dos entrevistados, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na educação dos familiares e, portanto, na coordenação do planejamento da alta, com o objetivo de conscientizá-los e motivá-los para as ações de autocuidado e redução de comportamentos de risco. Estas ações, quando assumidas e realizadas, constituem fator de proteção para as complicações oriundas das doenças crônicas⁽¹⁷⁾.

Ao planejar a alta, portanto, faz-se necessário avaliar as habilidades do doente para o autocuidado, assim como o interesse e as condições da família em ajudá-lo, visto que o plano de alta tem por finalidade

tornar o paciente independente para seu cuidado no domicílio e, quando necessário, o adequado preparo da família para assumir tais cuidados⁽¹⁷⁾.

Em estudo de revisão realizado com o propósito de formular uma proposta de protocolo para planejamento da alta hospitalar do cliente diabético de um hospital público, constata-se que, embora a literatura apresente muitas discussões sobre o planejamento da alta do paciente, ainda é escasso o incentivo à prontidão e à segurança do doente para alta. Entretanto, de acordo com a proposta apresentada no estudo, a alta deve ser resultado de um planejamento que deliberadamente prepare o paciente para o retorno ao domicílio, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais de maneira integrada, e, sempre que possível, realizado por equipe multiprofissional⁽¹⁷⁾.

Ainda em relação às condutas a serem tomadas para evitar reinternações, os entrevistados demonstraram convicção sobre a necessidade do uso correto das medicações. Seus depoimentos permitem observar nitidamente a função simbólica do medicamento para eles, que confunde seu uso com a própria solução do problema de saúde. Além disso, projetam uma série de expectativas e representações sobre a medicação.

Esta visão é decorrente da transformação dos medicamentos, pela lógica de mercado e pela concepção reducionista de saúde e doença em instrumento central das práticas para seu exercício. Além disso, contribui para transformação da saúde em mercadoria, e os medicamentos e as tecnologias associadas passam a ser fins neles mesmos, ganhando crescente autonomia, o que diminui a importância dos indivíduos no processo de cura⁽¹⁸⁾.

A atenção realizada pela equipe de saúde em uma prática clínica centrada apenas na racionalidade biomédica não tem demonstrado efetividade, sobretudo no que tange à atenção às pessoas com doença crônica⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Assim, as intervenções tradicionais na clínica, como o diagnóstico realizado com base em uma anamnese restrita à coleta de sinais e sintomas das doenças, e sob uma perspectiva da terapêutica restrita à prescrição de fármacos, têm dificultado a compre-

ensão dos problemas e os significados envolvidos no processo de adoecimento, assim como a adesão dos doentes aos programas terapêuticos oferecidos⁽¹⁹⁾.

Por fim, reitera-se a importância de serem agregadas novas ações de autocuidado às ações propostas pelos entrevistados (seguimento das orientações médicas e adesão ao tratamento medicamentoso), para que estas possam, de fato, contribuir para redução das reinternações. Essas novas ações devem ser pautadas basicamente na redução de comportamentos de risco como, por exemplo, a adesão à alimentação saudável, a realização de atividade física, e a cessação do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica.

Este estudo apresenta como limitação o fato de seus resultados não poderem ser generalizados, o que é próprio dos estudos qualitativos. Entretanto, eles são relevantes, pois permitem compreender os motivos relacionados com a reinternação, sob a perspectiva dos próprios doentes crônicos. Esta compreensão pode facilitar sua aplicação na prática assistencial e, em especial, no planejamento da alta hospitalar e na implementação de uma assistência que tenha como foco empoderar o indivíduo para o autocuidado.

Conclusão

De acordo com os participantes do estudo, as reinternações ocorrem em decorrência das condições de vida e de determinantes sociais, e os fatores que podem contribuir para evitá-la são o seguimento das orientações médicas e o uso das medicações prescritas.

Diante destes achados, destaca-se a importância do estudo para a prática assistencial, em especial da equipe de enfermagem, tendo em vista o planejamento da alta hospitalar e a implementação da assistência com foco no autocuidado. Para tanto, faz-se necessário, levar em consideração as reais demandas terapêuticas, capacidades e défices individuais. Acredita-se que, deste modo, é possível qualificar a assistência prestada e, conseqüentemente, reduzir as possibilidades de reinternação.

Colaborações

Teston EF e Silva JP contribuíram para a concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Garanhani ML e Marcon SS contribuíram para a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Bernardes LE, Vieira EES, Lima LHO, Carvalho GCN, Silva ARV. Risk factors for chronic noncommunicable diseases in university students. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015; 14(2):1115-21.
- World Health Organization. WHO Global action plan for the prevention and control of non communicable disease 2013-2020 [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 20]. Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LL, et al. Hospital readmission performance and patterns of readmission: retrospective cohort study of Medicare admissions. *BMJ*. [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 13]; 347:6571. Available from: www.bmj.com/content/347/bmj.f6571
- Merli APD, Lopes ES, Macharelli CA. Reinternações no Hospital Estadual Bauru: ocorrência e possíveis causas. *Saúde Coletiva Digit* [Internet]. 2013 [citado 2015 set 13]; 10(59):26-30. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/842/84228211005.pdf
- Barekatin M, Maracy MR, Hassannejad R, Hosseini R. Factors associated with readmission of patients at a university hospital psychiatric Ward in Iran. *Psychiatry J* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 10]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2013/685625>
- Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):164-72.
- Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby; 2005.
- Sales DS, Oliveira EN, Brito MCC, Rodrigues TB, Souza AMA. Nursing care according to the orem's theory: care for a patient with bipolar affective disorder. *Rev Pesq Fundam Care Online* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 10]; 5(3):311-7. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2120/pdf_875
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Melo MD, Egry EY. Social determinants of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Guarulhos, São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(spe):129-36.
- Silva FVF, Silva LF, Guedes MVC, Moreira TMM, Rabelo ACS, Ponte KMA. Cuidado de enfermagem fundamentado em Parse. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1):111-9.
- Oliveira RCC, Sá LD, Silva AO, Vianna RPT, Lima AS, Oliveira AAV. Social representations about the health and diseases built by potiguara indians. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2014[cited 2015 Oct 10]; 8(8):2736-45. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5589>
- Costa SRDD, Castro EABD. Self-care in family caregiver of dependent adults or elderly persons after hospital discharge. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(6):979-86.
- Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1869-78.
- Andrade FR, Narvai PC. Population surveys as management tools and health care models. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(suppl. 3):154-60.
- Borges SAC, Porto PN. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para educação em saúde. *Saúde Debate*. 2014; 38(101):338-46.
- Cruz IML, Mantovani MF. Orientação de enfermagem para a alta hospitalar do paciente neoplásico. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(4):687-93.
- Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na estratégia saúde da família em Bambuí, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3441-50.
- Tier CG, Santos SSC, Poll MA, Hilgert RM. Health conditions for elderly in primary health care. *Rev Rene*. 2014; 15(4):668-75.
- Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Interdisciplinary work in the family health strategy: focus on care and management. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(6):784-8.