

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE RN

ANA KARINA DA SILVA

**FATORES QUE LEVAM À READMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA EM MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ

2018

ANA KARINA DA SILVA

**FATORES QUE LEVAM À READMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA EM MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada a Faculdade Nova
Esperança de Mossoró como exigência parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Márcia Jaqueline de Lima

MOSSORÓ

2018

S586f

Silva, Ana Karina da.

Fatores que levam a readmissão de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva em Mossoró/RN/ Ana Karina da Silva. – Mossoró, 2018.

43f.

Orientador: Prof. Esp. Márcia Jaqueline de Lima

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Alta hospitalar. 3. Readmissão. I. Título. II. Lima, Márcia Jaqueline de.

CDU 616-083.98

ANA KARINA DA SILVA

**FATORES QUE LEVAM À READMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA EM MOSSORÓ-RN**

Projeto de pesquisa apresentado pela aluna ANA KARINA DA SILVA do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Pof^o. Esp. Marcia Jaqueline de Lima (FACENE/RN)

Orientador

Prof^o. Evilamilton Gomes de Paula (FACENE/RN)

Membro

Esp. Maria Kaliana Moura Aquino (Enf. Coordenadora da UTI Hospital São Luiz)

Membro

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar, a Deus, que me deu força e resignação para passar por todos os obstáculos durante toda esta longa caminhada.

A minha Mãe Maria de Fátima por sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

A Meu Pai José Marques (in memorian), que de algum lugar me iluminou e torcia por mim.

A meu esposo Henderson e à meu filho Luiz Gabriel que de forma especial e carinhosa me deram força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, suportaram minha ausência e foram meu porto seguro.

A minha família que representa peça chave, equilíbrio e exemplo.

A todos meus amigos que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, me incentivaram a estar onde estou hoje.

A minha orientadora e à todos os professores pelos ensinamentos.

Hoje só posso dizer: Valeu a Pena !

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva - UTI é um local destinado a pacientes que requerem uma maior atenção e cuidados especializados, pois são pacientes críticos. Assim, o objetivo desse estudo é descrever os fatores que levam os pacientes a serem readmitidos numa Unidade de Terapia Intensiva. A pesquisa foi realizada na cidade de Mossoró - RN, no Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia. A amostragem da pesquisa foi constituída por 280 documentos de prontuários de atendimento de pessoas que deram entrada na UTI do referido Hospital nos últimos três anos. O presente estudo foi realizado com rigor dentro dos preceitos éticos e bioéticos assegurados pelas resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e 311/2007 do COFEN. A mesma foi formalizada somente após aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. A análise dos dados referente à parte quantitativa da pesquisa foram agrupados em tabelas e gráficos e a distribuição analisada através de estatística descritiva simples. Para o processamento dos dados coletados foi utilizado o software Excel 2010, onde foram tabulados em planilha eletrônica. As informações significativas para abordagem qualitativa foram coletadas a partir do roteiro estruturado. De acordo com os dados encontrados na pesquisa em relação a idade fora observado que os pacientes readmitidos possuíam idade média de 61 (sessenta e um) anos. É pertinente destacar os achados a seguir compreendemos um total de 278 (duzentos e setenta e oito) prontuários sendo que 2 (dois) desses não apresentaram valores significativos para compor a amostra, por tanto foram descartados. Destacamos a importância de que 91,4% dos prontuários analisados não representaram dados característicos de fatores que levassem os pacientes a serem readmitidos na Unidade de Terapia Intensiva, sendo, portanto e apenas a amostra considerada para esse estudo o valor referente a 8,6% dos prontuários, ou seja, 24 (vinte e quatro) prontuários apresentaram valores significativos para a interpretação dos achados. De acordo com os achados nesse referido estudos a diabetes mellitus e a pressão arterial forma as principais comorbidades que levaram os pacientes a serem readmitidos na Unidade de Terapia Intensiva. A nossa incidência de readmissão foi de 8,6%, enquanto que em outros estudos essa estatística varia entre 2,6% á 14,5%.

Palavras - Chave: Unidade de Terapia Intensiva. Admissão. Readmissão. Alta hospitalar. Enfermagem.

ABSTRACT

Intensive Care Unit (ICU) is a place for patients who require greater attention and specialized care, because they are critical patients. Therefore, the purpose of this study is to describe the factors that lead patients to be readmitted to an Intensive Care Unit. The research was done in Mossoró - RN, in the Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia. The sample of the research was consisted of 280 documents of care records of people who were admitted to the Hospital ICU in the last three years. This study was rigorously carried out within the ethical and bioethical precepts assured by resolutions 466/2012 of the National Health Council and 311/2007 of COFEN. The research was formalized only after it was approved by FACENE's Ethics Committee. The analysis of the data concerning the quantitative part of the research were grouped in tables and graphs and the distribution analyzed through simple descriptive statistics. Excel 2010 software was used to process the collected data, where it was tabulated in a spreadsheet. Significant information for the qualitative approach was collected from the structured script. According to the data found in the research, in relation to age it was observed that patients readmitted had an average age of 61 (sixty-one) years old. It's important to note that we collected a total of 278 (two hundred and seventy-eight) medical records and two (2) of these didn't present significant values to compose the sample, so they were eliminated. Noting the importance of 91.4% of the medical records analyzed didn't represent data characteristic of factors that led the patients to be readmitted to the Intensive Care Unit, being therefore only the sample considered for this study the value referring to 8.6% of the medical records, that is, 24 (twenty-four) medical records presented significant values for the interpretation of the results. According to the results of this study, diabetes mellitus and blood pressure are the main comorbidities that led patients to be readmitted to the Intensive Care Unit. Our incidence of readmission was 8.6%, while in other studies this statistic varies between 2.6% and 14.5%.

Key Words: Intensive Care Unit. Admission. Readmission. Hospital discharge. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatística descritiva da idade dos pacientes (n= 278) que foram readmitidos.....	25
Tabela 2: Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as diferentes variáveis estudadas.....	27
Tabela 3: Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as comorbidades estudadas	29
Tabela 4: Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as causas de readmissão	30
Tabela 5: Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as diferentes variáveis estudadas.....	32

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Distribuição (%) dos pacientes (n=278) de acordo com a readmissão.....27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	10
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 PROBLEMATIZAÇÃO	12
1.4 HIPÓTESE	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	14
3.2 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DE INTERNAÇÕES EM UTI.....	15
3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES CRÍTICOS.....	18
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 TIPO DE ESTUDO	21
4.2 LOCAL DA PESQUISA	21
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA	23
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	24
5 RESULTADO E DISCURSSÕES.....	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
APÊNDICE B – TERMO DE DISPENSA DO TCLE.....	40
APENDICE C - TERMO DE COMPROMISSO	41
ANEXO-A.....	42
CERTIDÃO.....	43

INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva UTI, é um local destinado a pacientes que requerem uma maior atenção e cuidados especializados, pois sua situação é mais grave. Esses pacientes devem ter um monitoramento mais complexo que os pacientes de outros setores devido a sua gravidade. As UTI'S surgiram a partir da necessidade de observação constante, e foram implantadas no ano de 1970 no Brasil. (MENDES, 2010)

A história relata que o processo de construção das UTI'S ocorreu por volta do século XX, especialmente devido à necessidade de assistir a pacientes que precisavam de cuidados mais intensivos. Walter Edward Dandy, médico neurocirurgião, foi o responsável por criar a primeira Unidade de terapia Intensiva, em Boston no ano de 1926. O Dr. Dandy também foi responsável por um dos grandes avanços da neurocirurgia, o médico desenvolveu uma técnica que permitia identificar lesões e alterações cerebrais. (MENDES, 2010)

O surgimento das UTI'S destinou-se de uma séria de “eras” começando com uma Enfermeira precursora chamada Florence Nightingale. Desde a era de Florence foi percebido a necessidade de oferecer suporte avançado de vida para pacientes em estado crítico. Com o passar dos anos adentrou-se em uma era denominada de era “SAFAR”. Peter Safar foi o primeiro médico intensivista e foi ele que preconizou o suporte avançado de vida para UTI, e na cidade de Baltimore estabeleceu a primeira UTI cirúrgica. (MENDES, 2010)

As unidades de terapia intensiva contam com equipamentos avançados e de alta tecnologia para desempenhar intervenções que, em enfermarias normais, não seria possível. Os pacientes nessas unidades são monitorados 24h por dia, por uma equipe multiprofissional, que estão aptos a realizarem atendimentos de qualidade, baseados em conhecimentos teóricos. O acompanhamento dos pacientes que passaram por essa unidade, levam à prática do atendimento, no que se refere a contribuição de sucesso da UTI. (INOUE, MATSUDA, 2010)

Devido à alta demanda e a escassez de leitos em UTI, faz-se necessário refletir as maneiras de admissão dos pacientes nos leitos especializados em cuidados intensivos. Em virtude disto, a escolha dos pacientes é direcionado aos casos mais graves com poucas possibilidades de tratamento em uma enfermaria comum, e com múltiplas disfunções. Houve uma elaboração de critérios por parte da Sociedade Americana de

Terapia Intensiva (SCCM) para admissão da UTI, havendo um processo de triagem. A criação desse processo pode ser a solução para esse problema, que é de fácil implantação e de forma objetiva. (CALDEIRA et al., 2010)

As admissões na Unidade de Terapia Intensiva são analisadas de acordo com a necessidade dos pacientes, havendo um grupo de prioridades, que se inicia pelos pacientes mais graves, instáveis e que precisam de monitoramento e tratamento imediato que não podem ser feito fora da UTI. (CALDEIRA, 2010)

As readmissões tem como definição uma segunda internação no mesmo hospital. (ELLIOT, 2006, apud, BHERING, 2016). Os cuidados prestados ao paciente no ambiente hospitalar, como sua qualidade no atendimento e a efetividade do mesmo, reflete nos indicadores de readmissão. (ROSENBERG et al., 2000; apud, BHERING, 2016)

Em seus estudos Favarin e Camponogara (2012) discorrem que as causas mais comuns e que conseqüentemente levam os pacientes a serem submetidos e/ou readmitidos nos centros de cuidados intensivos são as doenças infecciosas, problemas neurológicos, doenças que atingem o trato respiratório, pós-operatório de neurocirurgia ou ortopédicas, as doenças cardiovasculares, além das traumáticas, das metabólicas, os casos de insuficiência renal e a cetoacidose diabética, estas são, entre outras, importantes causas que favorecem os processos de readmissão.

Quanto aos fatores que levam a readmissão de pacientes em UTI, demandam mais tempo e observação da enfermagem. Estudos demonstraram que pacientes que tiveram 30 ou mais dias de internação em UTI, alcançou um número de 40% de mortalidade. Pacientes em estado geral mais crítico permanecem por mais tempo internados em UTI. (SILVA, 2011)

A readmissão em UTI'S está muito ligada aos antecedentes do paciente. Entre as patologias ligadas a essas readmissões, a Hepatite viral destacou-se e doenças infecciosas e parasitárias. Também foi observado no determinado estudo, causas como cirrose e a insuficiência hepática. Pacientes transplantados de fígado apresentaram um índice alto de readmissões. (SILVA, 2011)

Diante dessa discursiva, foi vista a necessidade de avaliar e discutir sobre os fatores que levam a readmissão em UTI, e a grande importância do cuidado prestado ao paciente, bem como uma melhor avaliação dessa assistência. (CALDEIRA et al.,2010, apud BHERING, 2016)

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo visa descrever e analisar os fatores que levaram os pacientes do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a serem readmitidos no setor da Unidade de Terapia Intensiva, muitas vezes devido à escassez de leitos. Uma vez que a alta desses pacientes deveria refletir sobre sua estabilização e progressão da saúde dos mesmos; Sendo assim, a pesquisa tem o intuito de compreender, de forma abrangente, os principais problemas e/ou causas que cooperam com os fatores que levam os pacientes a serem submetidos a casos de readmissões.

1.3 PROBLEMATIZAÇÃO

A permanência na UTI pode ser desgastante tanto para o paciente, quanto para a família, assim causando estresse e ansiedade para os mesmo.

Quais foram as principais causas que favoreceram para os processos de readmissão de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia?

1.4 HIPÓTESES

Hipótese 1: Haver um maior percentual de readmissões na UTI, devido a infecções hospitalares.

Hipótese 2: A probabilidade de haver alta hospitalar precoce, refletindo no quadro clínico do paciente, sendo um importante fator de readmissões na UTI.

Hipótese 3: As readmissões como um indicador de qualidade a partir da assistência ofertada pela equipe de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever os fatores que levam à readmissão de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva em Mossoró-RN.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as condições sociais dos pacientes com complicações após alta da UTI;
- Caracterizar as condições de comorbidades dos pacientes após alta da UTI;
- Identificar as complicações decorrentes após a alta da UTI em pacientes readmitidos;
- Identificar os fatores de risco que possam estar associados à readmissão.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Um dos objetivos básicos da Unidade básica de Terapia Intensiva (UTI) é dar assistência intensiva a pacientes que precisam normalizar suas funções vitais. Trata-se portanto, de um setor destinado ao atendimento de pacientes que necessitam de assistência intermitente durante vinte e quatro horas, ou ainda aqueles que precisam de atendimentos específicos com o auxílio de tecnologia avançada. (SILVEIRA, 2013)

A UTI nasceu devido à necessidade de oferecer aos pacientes uma assistência clínica mais avançada. Trata-se, portanto, de um ambiente de alta complexidade e sua proposta é oferecer ao cliente monitorização completa durante 24 horas. Essa assistência foi evoluindo com o passar dos anos devido principalmente à necessidade de ofertar ao doente cuidado intensivo. (MENDES, 2010)

O histórico da necessidade de formação de ambientes destinados a cuidados intensivos pode ser compreendido a partir do ano de 1854, com o início da guerra na Crimeia. Os Países, Inglaterra, França e Turquia declararam guerra a Rússia, fator este que contribuiu grandemente para a alta taxa de mortalidade entre os soldados, atingindo um número exorbitante de 40% de óbitos. Durante o período de guerra Florence e alguns voluntários partiram para os campos de Scurati com o intuito de assistir as vítimas e, foi a partir de seus cuidados que a mortalidade caiu para 2%. (MENDES, 2010)

É importante realizarmos essa menção a Florence porque esta foi pioneira para o desenvolvimento da enfermagem moderna. Foi a partir dos cuidados ofertados por esta que a enfermagem ganhou seus primeiros moldes, fator este que é refletido até os dias atuais. Em relação ao contexto histórico abordado inicialmente, o autor Mendes (2010), discorre em seus estudos que, a primeira Unidade de Terapia Intensiva foi criada no ano de 1926, pelo médico neurocirurgião Walter Edward Dandy. As contribuições do Dr. Dandy enaltecem o campo da neurociência, quando através de seus estudos foi possível observar lesões e/ou alterações cerebrais.

Segundo Caldeira (2010) Florence contribuiu de forma inestimável para todo o processo que compreende a construção e/ou formação das UTI'S. Foi a partir de seus ensinamentos que a medicina moderna iniciou a formulação de estratégias para ofertar

assistência aos pacientes que necessitam de suporte avançado. Esse contexto pode ser observado desde o momento assistencialista ofertado por Nightingale, esta identificou e classificou os doentes de acordo com o seu grau de dependência, dispondo-os nas enfermarias estrategicamente de maneira que, os pacientes que necessitam de atendimento intensivo ficassem mais próximos da área de trabalho da enfermagem. Ou seja, esses pacientes recebiam atendimento especializado e detinham de maior vigilância.

Para compreender a evolução dos ambientes intensivos é válido salientar outro período da história, denominado por “Era SAFAR”. Este momento foi responsável pela formulação de técnicas primordiais para o desenvolvimento do cuidado intensivo. Peter Safar, médico intensivista, preconiza o Suporte Avançado de Vida para UTI. Dentre as suas contribuições destacamos o serviço de Urgência e Emergência, a formulação do ABC primário, a técnica de ventilação artificial e a massagem cardíaca. Todas essas técnicas contribuíram de forma inestimável para a recuperação do paciente crítico. Os experimentos do Dr. Safar sugeriram técnicas de manutenção de métodos essenciais a vida e, que repercutem até os dias atuais. (MENDES, 2010)

Peter Safar determinou as estratégias necessárias para promover o atendimento emergencista, procedimentos esses que auxiliam na manutenção da vida dos pacientes. A técnica lógica promove ajuda ao cliente de maneira que represente maiores chances de sobrevivência, reduzindo consideravelmente as possíveis sequelas. É importante observar a necessidade de cada paciente, para cada anormalidade apresentada no caso, há necessidade de se ofertar uma ação, com o intuito de estabilizá-lo. (INOUE, MATSUDA, 2010)

Diante do exposto, é pertinente a ressalva, muitos foram os responsáveis para o desenvolvimento dos cuidados intensivos, desde as vantagens ofertadas por Florence quando houve uma necessidade de criar áreas separadas para pacientes a depender de suas particularidades, até a criação de unidades cirúrgicas, onde foram reportados os cuidados intensivos. (MENDES, 2010)

3.2 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DE INTERNAÇÕES EM UTI

Nos estudos de Favarin e Camponogara (2012), as infecções respiratórias são as complicações mais comuns no ambiente de tratamento intensivo, apresentando assim

alta incidência, decorrente principalmente das readmissões hospitalares. Por conseguinte, estão as infecções que acometem a corrente sanguínea e por último as que atingem o trato urinário.

Em outro estudo semelhante, Brito e Gardenghi (2009) avaliou que a pneumonia é outra causa de complicação, sobretudo porque o paciente fica susceptível aos procedimentos de ventilação mecânica invasiva.

Essas causas refletem diretamente nos processos de readmissão, sendo estes importantes indicadores de qualidade de resultado. Os resultados das causas descrevem sobre a qualidade do cuidado ofertado durante os dias em que o paciente fora assistido, ou período compreendido de internação hospitalar, sendo as consequências e/ou complicações observadas porque estas se dirigem no aumento de custo do setor que compreende as políticas públicas. (ROSENBERG et al., 2000; VALERA, ELLIOT, 2011)

Nos estudos de Bhering (2016), a readmissão hospitalar em 30 (trinta) dias é um fator que apresenta preocupações em relação ao setor que forma a equipe de saúde do hospital, devido a esse agravante ser reflexo na assistência ofertada, há evidências que essas expressões podem ser evitadas, em consonância da melhoria da assistência oferecida ao paciente durante o processo de internação e após a alta.

Segundo Elliot et al. (2006), o conceito de readmissão em uma UTI pode ser interpretado como uma segunda assistência ao paciente no mesmo período em que este esteve submetido a tratamentos, ou ainda, após sua alta. Porém, segundo o autor, as readmissões poderiam ter sido completamente evitadas, a partir dos cuidados ofertados durante todo o período que compreende a assistência. É pertinente destacar ainda que, complicações que acometem os pacientes e que exigem maior cuidado têm grande impacto na sua recuperação e qualidade de vida.

Em um hospital inúmeros são os cuidados ofertados ao paciente que se encontra internado em uma UTI, o trabalho da enfermagem é complexo, comportando inúmeras necessidades assistenciais para a prestação dos serviços. A dinâmica entre os profissionais, a condição de saúde de cada paciente, além de todo um arsenal tecnológico demanda da equipe de enfermagem conhecimento de diversas ordens, onde toda a assistência prestada ao paciente potencializa o trabalho e cuidado. (MASSAROLI, 2015)

Com o intuito de reduzir gastos, limitar o tempo de permanência e a própria utilização dos aparatos tecnológicos, alguns critérios de assistência são utilizados por parte da equipe, sendo que as atitudes deferidas podem soar como um pretexto para o aumento dos casos de readmissão. Assim pacientes que necessitam de mais tempo de permanência na UTI, e/ou de cuidados intensivos, podem ter sua alta antecipada. O objetivo é liberar o leito, garantir a rotatividade e reduzir os custos financeiros do hospital. (ARAÚJO et al., 2013)

Diversos autores acrescentam que a alta prematura da UTI, além de ocasionar um aumento da taxa de mortalidade, contribuem para o crescimento da taxa de permanência hospitalar em decorrência, sobretudo, de complicações, esse agravante interfere na qualidade de vida do paciente após a alta. Na concepção de Silva (2007), esses fatores de readmissão contribuem para um elevado valor financeiro tendo em vista que pacientes readmitidos, exigem mais recursos que os demais, fator este que reflete diretamente no aumento das despesas hospitalares.

Vários são os fatores que interferem para um processo de readmissão. Araújo (2013) em seus estudos acrescenta que a imunossupressão, bem como a alta antecipada para as enfermarias, fator este que acaba expondo o paciente a uma inadequação dos cuidados e possivelmente acarretará na necessidade de readmitir o mesmo paciente a UTI, ainda no decorrer da mesma fase de hospitalização são fatores determinantes e que contribuem para os elevados casos de readmissão.

Para Rosenberg (2000) pacientes que são readmitidos em uma UTI apresentam piora em seu quadro clínico inicial, fator este que influencia no aumento das taxas de morbidade, da mortalidade, e do tempo de permanência dentro do hospital. Seguindo essa lógica Chen (2007) acrescenta ainda que pacientes que passam mais tempo em uma UTI, têm seu risco de morte aumentado, devido principalmente apresentarem ou responderem insignificamente ao tratamento intensivo.

Sobre os fatores que favorecem aos processos de readmissão, Bhering (2016) descreve em seus estudos que a idade avançada, o sexo, o motivo da internação, a origem dos pacientes, e a gravidade identificada no caso, são fatores primordiais que enaltecem as readmissões em Unidades de Terapia Intensiva.

Ademais alguns autores acrescentam que comorbidades associadas a doenças crônicas aumentam esses fatores. Silva et al (2011) adiciona em seus estudos que a

hepatite viral relacionada a doenças parasitárias e infecciosas podem favorecer o retorno do paciente a UTI.

Contudo, são os pacientes transplantados de fígado estatisticamente os mais propensos a internações agudas, fator este compreendido pela literatura científica, quando descreve esse público como pacientes que necessitam de cuidados intensivos por apresentarem ou desenvolverem sequelas que ameaçam a vida. Por tanto, as complicações e os possíveis fatores de risco que contribuem para os processos de readmissão em UTI são numerosos e variados. (SILVA, 2011)

Segundo o autor Caldeira (2010), é importante discutir sobre as causas e/ou fatores que levam os pacientes a serem submetidos a processos de readmissão na UTI, pois as características alcançadas auxiliam para melhorar o planejamento da alta, inspecionar o processo de coordenação e avaliar a assistência ofertada na Unidade de Terapia Intensiva.

3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES CRÍTICOS

No setor da Unidade de Terapia Intensiva atua uma equipe multifatorial, sendo o enfermeiro o profissional de enfermagem responsável por coordenar e desenvolver atendimentos destinados à assistência direta ao paciente. O enfermeiro promove ações que aperfeiçoem o cuidado ao cliente onde estes favoreçam a promoção da saúde do indivíduo. (SILVEIRA, 2013)

O ato de planejar, assistir e compreender são fatores cruciais para a recuperação da saúde do cliente. São as ações ofertadas ao paciente que evitam situações de readmissão e/ou permanência contínua em Unidades de Terapia Intensiva. Segundo Araújo (2013), a introdução de tecnologias mais avançadas, somado ao custo financeiro que é ofertado ao paciente que necessita de cuidados intensivos, têm sido aspectos importantes que modificaram o cenário de readmissão na UTI. Essas ações estão diretamente relacionadas a qualidade da assistência prestada.

De acordo com Souza (2010), a UTI é uma unidade dentro do hospital amparada por uma gama de serviços assistências de alta complexidade. São as ações que o profissional enfermeiro executa que proporcionam ao cliente um atendimento qualificado e individualizado, projetado especialmente, para a recuperação do paciente.

Segundo Massaroli (2015), a UTI é o local mais complexo na hierarquia dos serviços que são prestados em um hospital. Tratando-se da prestação dos serviços que são desenvolvidas pela enfermagem, em suas contribuições, Hercos (2014) acrescenta que os profissionais que atuam em uma UTI, necessitam ter excelente conhecimento técnico e científico e além de desenvolverem estratégias para lidar com a dor, sofrimento e todo o estresse que o trabalho requer.

Seguindo essa lógica Marques (2008), descreve o cuidado do ser humano como um elemento em que a necessidade de fazê-lo se sentir melhor, independente de suas condições adversas. A assistência de enfermagem é regida por uma complexidade de ações, cuidados e intervenções que se unificam para integrar o cuidado ao paciente de forma diferenciada e sistematizada, fator este observado principalmente em quadros onde o cliente necessita de cuidados mais complexos, intensivos. (MARQUES, 2008)

A Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) permite ao enfermeiro desenvolver estratégias que atendam às necessidades de cada paciente de modo que este profissional possa intervir, precocemente, e na ocasião poder solucionar possíveis complicações, ou ainda, essa assistência melhora a qualidade de vida dos pacientes e, por conseguinte favorece sua recuperação. (MARQUES, 2008)

Todo processo de enfermagem deve possuir um método de representação científica, no qual permita ao profissional uma diversidade de ações direcionadas e sistematizadas pela SAE, e que todo este atenda às necessidades do paciente, propondo uma assistência integral e particular, baseada essencialmente, por informação, habilidade, respeito, assistência técnica e conhecimento ético. (MENEZES et al., 2012; GARCIA, 2009; MARIA, 2012)

O papel assistencial do enfermeiro em uma Unidade de Tratamento Intensivo como fora relatado durante o decorrer deste estudo é bastante complexo. Em uma UTI a assistência prática da equipe de enfermagem, consiste dentre muitos fatores, em obter a história clínica do paciente, realizar exames físicos, executar procedimentos e orientar os pacientes sobre a importância da continuidade do tratamento. Também é de responsabilidade do enfermeiro, gerenciar ações de planejamento, supervisionar e coordenar a equipe de enfermagem. (MASSAROLLI, 2015)

No sentido de planejar as ações que serão ofertadas ao paciente, Souza e outros autores (2010), relatam a utilização da SAE na UTI como uma ferramenta primordial para essa assistência, porque, o plano de assistência permite ao profissional planejar

ações e executá-las, atendendo as necessidades do cliente. Nesse ambiente hospitalar o enfermeiro também é o responsável por compreender as necessidades básicas do paciente e da família. De modo que, em conjunto, a recuperação do cliente seja efetivada. (TANNURE et al., 2011)

Ao prestar o cuidado de enfermagem a pacientes que necessitam de apoio de alta complexidade o enfermeiro se envolve, se realiza, aprende a exercitar seu compromisso favorecendo o contato com o paciente, contribuindo para a efetivação do atendimento de qualidade. Além de desenvolver as atividades de alta complexidade também é função da enfermagem trabalhar com toda uma equipe burocrática de assistência, planejamento e coordenação. (CAMELO, 2012)

Nesse contexto Massarolli (2015) descreve a SAE como uma estrutura conceitual sólida que permite ao profissional de enfermagem reorganizar a assistência que será ofertada ao paciente promovendo a continuidade do cuidado. Seguindo essa lógica, a SAE pode ser compreendida como uma ferramenta que auxilia ao profissional de saúde a desenvolver um trabalho que atenda às necessidades do cliente, embasando principalmente através do conhecimento científico, holístico e constante.

Segundo as contribuições de Truppel (2009), os benefícios de uma assistência não se limitam apenas a recuperação do paciente. Mas, contribui para a formação do profissional enfermeiro uma vez que estabelece discursões entre toda a equipe. Não o bastante, funciona como amparo para o ensino e pesquisa, documentado, onde os dados gerados pelo sistema permitem ao Sistema Único de Saúde planejar ações que auxiliem na manutenção da saúde da população.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa documental retrospectivo de natureza descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem por finalidade a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência, identificando possíveis associações ou relações entre variáveis. É um estudo que fundamenta-se na exploração de uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações, pontuando suas características, mudanças ou regularidade (GIL, 2008).

Compreende-se sobre pesquisa documental toda aquela que são realizados a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos. De acordo com Gil (2008), a pesquisa documental apresenta diversas vantagens por ser, essencialmente, uma fonte rica e estável de dados. O autor descreve ainda que esse tipo de pesquisa não implica em altos custos para o pesquisador, não exige contato direto com os sujeitos, e permite uma leitura aprofundada das fontes de dados. Segundo Gil (2008) a pesquisa documental é semelhante a pesquisa bibliográfica. A diferença entre elas é a natureza das fontes.

Uma pesquisa quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos, empregando recursos de forma que estes possam ser analisados. O pesquisador pode utiliza técnicas de porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões, entre outros. Os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois os resultados representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas. (FONTELLES, 2009)

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada na cidade de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte, região Nordeste do Brasil. Mossoró situa-se entre as capitais Natal (RN) e Fortaleza (CE), distando 278 e 245 km, respectivamente. Segundo o último senso populacional realizado pelo IBGE, Mossoró apresentava, em 2016, uma população estimada de aproximadamente 291.937 habitantes.

O local de realização da pesquisa foi no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, localizado no Município de Mossoró – RN. O Hospital supracitado fica no endereço Rua Projetada, Sn - Bairro Aeroporto I - Mossoró – RN, CEP: 59.607-100.

A escolha do local da pesquisa se deu pelo fato de ser hospital de referência, ter acesso aos dados institucionais através prontuário médico, além de dispor de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar dos pesquisadores da pesquisa como declara o diretor da referida instituição no Termo de Anuência (ANEXO A) e de Corresponsabilidade, permitindo assim a realização do Estudo Clínico.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostragem da pesquisa foi constituída por 280 documentos de prontuários de atendimento de pessoas que deram entrada no Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia nos últimos três anos e foram internados na UTI, por conseguinte necessitaram de atendimentos voltados aos processos de readmissão.

Ressalta-se que o número de prontuários foi definido a partir do cálculo, a partir do número total de documentos, dessa forma compreender e embasar o conteúdo desta pesquisa.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: prontuários de pessoas atendidas na Unidade de Terapia Intensiva do HRTM que foram readmitidas, prontuários datados do período de 2015 à 2018. Como critérios de exclusão foram adotados: prontuários ilegíveis e ou rasurados.

Cálculo do tamanho da amostra

Para determinar o tamanho necessário de indivíduos, prosseguiu-se calculando o tamanho da amostra para populações finitas (MIOT, 2011) utilizando os o seguinte cálculo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

N = Tamanho da População, no caso deste estudo a população é composta de 1030 admissões de internamentos.

Z = Nível de confiança escolhido a 95% igual a 1,96.

p = proporção com a qual o fenômeno se verifica. Foi utilizado um valor p = 0,50.

q = (1-p) é a proporção da não ocorrência do fenômeno.

e = erro amostral expresso na unidade variável. Nesta pesquisa foi admitido um erro máximo de 0,05.

Transcrevendo os valores descritos para a fórmula, tem-se o seguinte resultado do cálculo de amostra: 280 prontuários.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi um roteiro padronizado com dados do prontuário médico que incluirá: idade, gênero, religião, renda mensal, ocupação, motivo da admissão (clínico e emergência), motivo da readmissão, duração da internação, condições de alta (óbito, alta hospitalar, transferência interna, alta a pedido), e condições clínicas. Os dados que compõe a pesquisa foram extraídos do prontuário de atendimento na referida unidade hospitalar, através de um instrumento (APENDICE A).

4.5 PROCEDIMENTO DA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Em virtude da ausência de base de dados informatizados aberta à consulta pública e da proibição de levar os prontuários para espaços físicos fora da instituição, à pesquisa ocorrerá IN LOCO. Portanto, para o início da coleta, a “Declaração para uso de Arquivos/Prontuários” foi entregue ao (a) diretor (a) do setor hospitalar para liberação e acesso aos mesmos. Foram colhidas informações como: idade, renda mensal, condições de moradia, ocupação, motivo da admissão, motivo da readmissão, duração da internação, entre outros dados etc.

Somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE o estudo iniciará a fase de coleta de dados. Este momento foi caracterizado da seguinte forma:

- a) Cada prontuário foi lido em um local tranquilo e livre de interrupções.
- b) O pesquisador disponibilizou um dia por semana, no horário da manhã e/ou da tarde, para dirigir-se ao setor de arquivamento dos dados. Local que ficam armazenados todos os prontuários das pessoas que estão na condição de alta hospitalar, óbito ou evasão.
- c) O Pesquisador permaneceu no serviço de saúde durante o período máximo de 4 horas, por turno.
- d) Registro das informações por meio do instrumento de coleta de dados elaborado para esta finalidade, após um teste piloto para a sua adequação.

Ressalta-se que os pesquisadores serão os únicos responsáveis pela captura dos dados, aplicando o instrumento de coleta de dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilha eletrônica e transferidos para o software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0, onde foram codificados para realização das análises sendo expressos em valores de média, desvio padrão bem como frequência simples e porcentagem. Para identificação dos fatores associados ao retorno do paciente ao leito de UTI foram calculados Odds ratio e intervalos de confiança a 95% com significância obtida através dos testes Qui-quadrado ou exato de Fisher. Este último utilizado quando a frequência esperada for inferior a 5. Sempre quando necessário, as variáveis sofrerão transformação do tipo binária. Valores de $p < 0,05$ serão considerados significativos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Como dito anteriormente, o projeto de pesquisa, *a priori*, foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/FAMENE, em João Pessoa/PB. A pesquisadora responsável pela pesquisa declara no Termo de compromisso (APENDICE B) que conhece e cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Informando ao participante que haverá o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012). Foi levado em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, da Resolução do COFEN 564/2017, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

Assim, o presente estudo não representará qualquer forma de risco para o(a) participante, tendo em vista que se trata de pesquisa indireta através de documentos preservando e mantendo o sigilo.

Em relação aos benefícios, espera-se que, com esta pesquisa, possamos contribuir com a comunidade científica no entendimento dos fatores que influenciam na readmissão dos pacientes críticos em UTI, contribuindo com a redução de readmissões.

5 RESULTADOS E DISCURSÕES

Os dados foram expressos em média, desvio padrão bem como frequência simples e porcentagem por meio do software estatístico SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences). A identificação dos fatores que influenciaram para readmissão dos pacientes foram realizadas através de Odds Ratio com respectivos intervalo de confiança a 95% e significância obtida pelo teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher. Este último utilizado quando as frequências foram inferiores a 5. Em seguida foi elaborado um modelo de regressão logístico na finalidade de verificar a influência mútua das variáveis. Sempre quando necessário as variáveis sofreram transformações do tipo binário. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Entraram para análise logística, as variáveis que tiverem valor de $p < 0,20$ sendo posteriormente excluídas aquelas que apresentarem intervalos de confiança de grande amplitude nas estimativas da *odds ratio*, bem como colinearidades. No modelo final permaneceram as que obtiverem valor de $p < 0,05$ por meio do método completo de remoção sucessiva. Como medida de qualidade de ajuste do modelo, foi utilizado o teste de Hosmer e Lemeshow, no qual um $p > 0,05$ indica que o modelo está ajustado.

De acordo com os dados apresentados, foram analisados 278 prontuários, sendo estes formulados nos últimos três anos, ou ainda no período compreendido entre 2015 a 2018, nestes documentos incluem todas as variáveis estudadas, como mostrará às demais tabelas abaixo é pertinente salientar que estas seguem uma estrutura baseada no instrumento de coleta de dados da referida pesquisa. Para a primeira análise observava-se a tabela abaixo:

Tabela 1 - Estatística descritiva da idade dos pacientes (n= 278) que foram readmitidos.

Variável	Freq.	%
Idade		
Até 20 anos	02	0,7
21 a 30	10	3,6
31 a 40	23	8,3
41 a 50	42	15,1
Acima de 50	201	72,3
Média ± desvio padrão	61,0 ± 16,0	
Mínimo – máximo	19 – 103	

Fonte: Pesquisa direta (2018)

De acordo com os dados expostos podemos observar que indivíduos que apresentam idade superior aos 50 cinquenta anos (72,3%) estão mais susceptíveis a se submeterem aos processos de readmissão. Segundo os estudos de Valera (2008) a idade avançada aliada a comorbidades são fatores que influenciam nos processos que levam os pacientes a quadros de readmissão nas Unidades de Terapia Intensiva. É importante ressaltar que esse mecanismo é contrário aos valores observados quando analisamos as referências apresentados nos dados encontrados no estudo, quando observará que os pacientes que possuem idade inferior aos 21 (vinte e um) anos estão menos propensos aos mecanismos de readmissão, apresentando um percentual de 0,7%, ou ainda, insignificante, se comparado ao valor encontrado quando relacionado aos pacientes com idade mais avançada.

Ainda de acordo com os dados encontrados na pesquisa em relação a idade fora observado que os pacientes readmitidos possuíam idade média de 61 (sessenta e um) anos sendo esses os mais prevalentes e o paciente mais jovem possuía idade igual a 19 (dezenove anos). Para tanto a estatística geral da pesquisa analisou prontuários de pacientes que possuíam em sua amostra um índice de idade que variava entre 19 e 103 anos.

Levando em consideração os achados apresentados por outros autores observamos a idade avançada como uma característica que contribui de forma significativa para o processo de readmissão. Albuquerque (2017) descreve em seus achados que a idade acima de 60 (sessenta) anos é um fator que contribui para as readmissões, sendo estas responsáveis por um valor percentual que varia entre 53% a 58%, ou seja, a um índice elevado de idosos responsáveis pelo alto número de readmissões nas Unidades de Terapia Intensiva.

Corroborando com os achados na presente pesquisa Japiassú e colaboradores (2009) apontam em seus estudos que a idade avançada aliada ao menor tempo de internação hospitalar na UTI são fatores de risco que contribuem para a volta desses pacientes, uma vez que pode ter ocorrido alta precoce ou a não efetivação completa do tratamento necessário a pronta recuperação do paciente.

Para sequenciarmos a presente pesquisa é pertinente destacar os achados a seguir de acordo com os dados analisados compreendemos um total de 278 (duzentos e setenta e oito) prontuários sendo que 2 (dois) desses não apresentaram valores significativos e/ou que influenciassem na amostra e, por esse motivo foram portanto descartados. Como forma de análise é pertinente observar o gráfico abaixo:

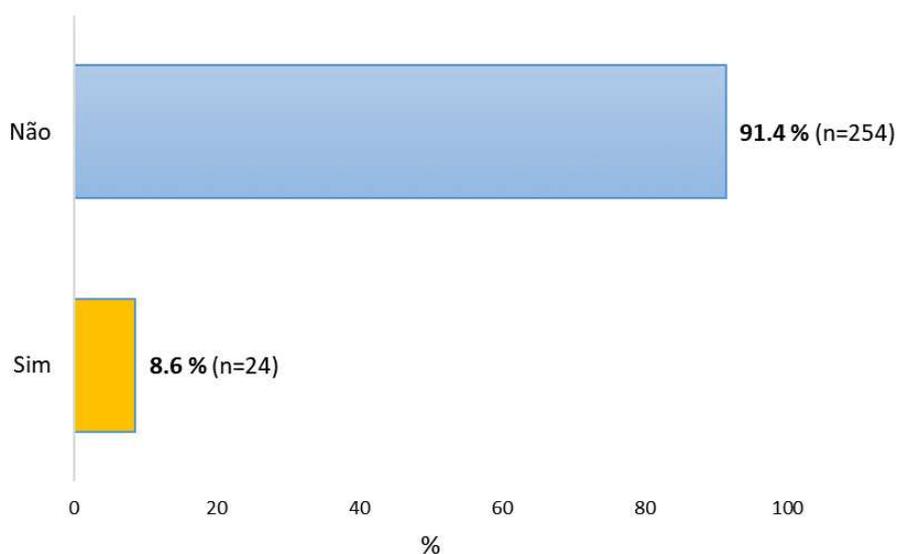


Gráfico 1 - Distribuição (%) dos pacientes (n=278) de acordo com a readmissão.

Após análise do gráfico destacamos a importância de que 91,4% dos prontuários analisados não representaram dados característicos de fatores que levassem os pacientes a serem readmitidos na Unidade de Terapia Intensiva, sendo, portanto e apenas a amostra considerada para esse estudo o valor referente a 8,6% dos prontuários, ou seja, 24 (vinte e quatro) prontuários apresentaram valores significativos para a interpretação dos achados e que corroboraram com o tema proposto mediante esse estudo. Seguindo essa lógica é fundamental apresentar as variáveis que contribuíram para os processos de readmissão desses pacientes, sendo os mais significativos analisados de acordo com o que é disponível na literatura, para tanto destacamos os achados a seguir:

Tabela 2– Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as diferentes variáveis estudadas

Variáveis	Readmissão		IC95%	p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)		
Idade				
Acima de 40	20 (83,3)	223 (87,8)	0,69 (0,22 – 2,16)	0,5
Até 40 anos	04 (16,7)	31 (12,2)	1	20
Cor				
Negra	03 (15,0)	17 (9,1)	1,50 (0,37 – 6,03)	0,0
Branca	06 (30,0)	86 (45,7)	0,59 (0,20 – 1,70)	11*

Parda	10 (50,0)	85 (45,2)	1	
Outras	01 (5,0)	0 (0,0)	-	
‡Escolaridade				
Superior	02 (12,5)	04 (3,2)	3,0 (0,19 – 45,24)	
Médio	03 (18,7)	49 (39,5)	0,36 (0,03 – 4,11)	0,1
Fundamental	10 (62,5)	65 (52,4)	0,92 (0,10 – 8,49)	86
Analfabeto	01 (6,3)	06 (4,9)	1	
‡Situação conjugal				
Casado	15 (62,5)	99 (68,8)	0,15 (0,01 – 2,55)	
Solteiro	04 (16,7)	18 (12,5)	0,22 (0,01 – 4,35)	
Divorciado	0 (0)	01 (0,7)	-	0,6 19
Viúvo	04 (16,7)	25 (17,3)	0,16 (0,01 – 3,10)	
Separado	01 (4,1)	01 (0,7)	1	
‡Filhos				
Acima de dois	10 (52,6)	32 (45,1)	1,35 (0,49 – 3,73)	0,5
Até dois filhos	9 (47,4)	39 (54,9)	1	57
‡Condições de moradia (saneamento básico)				
Boa	12 (100)	51 (100)	-	-
Ruim	0 (0)	0 (0)	1	
‡Condições de moradia (alvenaria)				
Sim	12 (100)	11 (100)	-	-
Não	0 (0)	(0)	1	

- : Valores não calculados em virtude da não disponibilidade dos dados; OR (IC95%) = Odds Ratio (Intervalo de confiança a 95%); * Significância estatística (p<0,05) ;

‡Número inferior de respondentes em virtude da ausência de dados.

Na tabela 2 foi analisado um correspondente total de 24 (vinte e quatro) pacientes com idades igual ou superior a 40 (quarenta) anos. Destes é pertinente destacar que 20 (vinte) pacientes que apresentaram idade acima de 40 (quarenta) anos possuem maior probabilidade de ser readmitido, fator este que pode ser comparada ao analisar a amostra do estudo, compreendida entre 83,3% e, pacientes com até 40 anos possuem um índice de readmissão no valor de 16,7%. Para esse estudo a média de idade dos pacientes readmitidos foi de 61 anos (16%), corroborando com os achados da literatura nacional, porém sem diferenças significativas para o desfecho. Segundo as contribuições de Bhering (2016), esse fator está relacionado á própria fisiologia do idoso que se recupera de reações orgânicas de forma mais lenta.

Em relação à raça observou que pacientes que se declaram negros possuem maior probabilidade de sofrerem processos de readmissão. (OR= 1,50; IC = 0,37 – 6,03) Se compararmos esse processo aos achados em relação à cor parda não á ocorrência significativa, essa situação pode ser explicada se observarmos o valor total da amostra, provavelmente se esta estivesse sido maior, observaríamos uma ocorrência significativa nos dados. Diante do exposto compreendemos que a probabilidade de um paciente de cor negra ser readmitido é maior que as demais raças apresentadas nos achados desse estudo. Fatores como escolaridade, situação conjugal, filhos e condições de moradia não se mostraram como um comportamento secundário para o desfecho desse estudo.

Tabela 3 – Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as comorbidades estudadas

Variáveis (Comorbidades)	Readmissão		IC95%	p-valor
	Sim (%)	Não (%)		
DM				
Sim	07 (29,2)	18 (7,1)	5,39 (1,98 – 14,70)	0,003*
Não	17 (70,8)	236 (92,9)	1	
HAS				
Sim	14 (58,3)	87 (34,3)	2,68 (1,14 – 6,29)	0,019*
Não	10 (41,7)	167 (65,7)	1	

OR (IC95%) = Odds Ratio (Intervalo de confiança a 95%); * Significância estatística (p<0,05)

Na tabela três estão distribuídas as estatísticas referentes às principais comorbidades que levaram os pacientes a serem readmitidos na Unidade de Terapia Intensiva, sendo, portanto a diabetes mellitus (OR= 5,39; IC= 1,98 – 14,70) cinco vezes mais incidente do que a hipertensão arterial (OR= 2,68; IC= 1,14 – 6,20). Nos achados da literatura diversos autores nomeiam outros tipos de doenças que são fatores primordiais que contribuem para agravar substancialmente o quadro clínico do paciente e, por conseguinte sua pronta readmissão. A nossa incidência de readmissão foi de 8,6%, enquanto que em outros estudos essa estatística varia entre 2,6% á 14,5%. (JAPIASSÚ, 2009)

Para esse ensaio fora analisado um total de 24 prontuários sendo que 29,2% dos pacientes readmitidos na UTI, detinham de um quadro de diabetes mellitus, enquanto

que 58,3% eram portadores de problemas relacionados à pressão arterial. Em relação à elevação do controle glicêmico em seus estudos Silva (2013) destaca o auto risco de óbito para os pacientes em estado crítico e internado na UTI. De acordo com a literatura disponível Bezerra (2012) enfatiza a pressão arterial como um problema de classe emergencial e bastante comum, ou ainda, crises hipertensivas têm se mostrado como um fator predisponente aos processos que contribuem para a readmissão de pacientes em Unidades de terapia Intensiva, não o bastante, esses quadros podem ser agravados e senão tratados com cautela aliado ao tempo de intervenção médica contribuem em situações mais graves para levar o paciente a óbito.

Em seus estudos Japiassú (2009) descreve que as principais fatores que levam as readmissões são os relacionados à idade avançada, admissões por desordem respiratórias ou infecções graves como sepse e doenças associadas à comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Em outro estudo Valera (2008) destaca as patologias relacionadas a doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias. As doenças do aparelho digestivo também foram evidenciadas, seguidas das endócrinas, nutricionais e metabólicas. Para esse ensaio ainda é pertinente destacar alguns achados que levaram os pacientes a serem readmitidos na UTI para tanto façamos a observação da tabela a seguir:

Tabela 4 – Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as causas de readmissão

Causas da readmissão	Readmissão		p-valor
	Sim (%)	Não (%)	
Sepse			
Sim	10 (41,7)	0 (0)	<0,001*
Não	14 (58,3)	254 (100)	
IRA			
Sim	04 (16,7)	0 (0)	<0,001*
Não	20 (83,3)	254 (100)	
PNM			
Sim	05 (20,8)	0 (0)	<0,001*
Não	19 (79,2)	254 (100)	
PNM broncoaspirativa			
Sim	03 (12,5)	0 (0)	<0,001*
Não	21 (87,5)	254 (100)	

Insuficiência renal

Sim	01 (4,2)	0 (0)	0,001*
Não	23 (95,8)	254 (100)	

PCR

Sim	04 (16,7)	0 (0)	<0,001*
Não	20 (83,3)	254 (100)	

Rebaixamento do nível de consciência

Sim	09 (37,5)	0 (0)	<0,001*
Não	15 (62,5)	254 (100)	

* Significância estatística (p<0,05)

De acordo com os achados para esse estudo destacamos a SEPSE como um fator significativo de ocorrências que levam a readmissão. Observamos que 41,7% dos pacientes readmitidos tinham como prognóstico a SEPSE. Em relação aos achados referentes a infecções respiratórias agudas, pneumonia, pneumonia brocoaspirativa, insuficiência renal e Parada cardiorrespiratória, os dados achados na pesquisa possuem valor insignificante de acordo com a amostra. Porém é válido salientar o rebaixamento do nível de consciência como um problema relacionado às readmissões, sendo, portanto esse fator representando por um correspondente percentual equivalente a 37,5% com valor significativo para $p < 0,001$ para esse ensaio o mais incidente depois da SEPSE.

Segundo os achados de Zanon (2008) a SEPSE é um dos principais problemas relacionados á causa de morte em pacientes tratados em uma UTI e é tida como uma das causas mais comuns que levam os pacientes a casos de readmissão. Em seus achados Zanon descreveu uma porcentagem equivalente á mortalidade ocasionada por SEPSE valores correspondentes a 31,1%, observamos para tanto um valor simbólico que atrapalha de forma significativa o tratamento, levando o paciente a situações mais sérias de saúde, colocando, por conseguinte, sua recuperação em risco.

Tratando-se do rebaixamento do nível de consciência como uma causa que leva o paciente a quadros de readmissão conforme identificado no presente estudo e comparados aos achados na literatura, Araújo (2013) descreve em seu estudo que pacientes readmitidos e que apresentam rebaixamento do nível de consciência representam em maior índice uma complicação de saúde se comparados aqueles que foram internados na Unidade de Terapia Intensiva mas que não sofreram readmissões, nesse sentido pacientes com rebaixamento do nível de consciência mas que não

sofreram readmissões detêm de maior probabilidade de evolução e por conseguinte recuperação.

Nesse cenário é pertinente destacar outro fator que contribui de forma significativa para os casos de readmissão que é o tempo de permanência que o paciente fica susceptível ao tratamento, para analisarmos como esse fator contribui para as causas de readmissão na UTI é importante observar a tabela a abaixo:

Tabela 5 – Valores de frequência simples (%) da readmissão (n=278) distribuídos de acordo com as diferentes variáveis estudadas

Variáveis	Readmissão		IC95%	p-valor
	Sim (%)	Não (%)		
Tempo de internação (dias)				
Até três dias	04 (16,7)	09 (3,5)	5,44 (1,53 – 19,25)	0,018*
Acima de três	20 (83,3)	245 (96,5)	1	
Houve infecção				
Sim	20 (83,3)	167 (65,7)	2,60 (0,86 – 7,85)	0,079
Não	4 (16,7)	87 (34,3)	1	

OR (IC95%) = Odds Ratio (Intervalo de confiança a 95%); * Significância estatística (p<0,05)

De acordo com as variáveis apresentadas o índice de readmissões em pacientes que passam até três dias internados (OR= 5,44; IC= 1,53 – 19,25) é cinco vezes mais alto do que aqueles pacientes que recebem o tratamento acima de três dias com p< 0,018. Em relação ao desencadeamento de uma infecção observamos nos achados que ocorreu uma estimativa de 83,3% dos pacientes que foram readmitidos estes desenvolveram um quadro infeccioso até duas vezes mais alto do que aqueles que não apresentaram infecções, fator este disponente ao retorno do paciente a Unidade de Terapia Intensiva.

Araújo (2013) descreve em seus achados que as readmissões precoces ou ainda em um valor inferior as primeiras 48 horas representam (46,5%), estas ainda são as responsáveis por levar o paciente a morte inesperada após a alta (em menos de 7 dias), sendo estatisticamente representada por (40%) dos processos que envolvem as readmissões. Segundo o autor essas taxas são consideradas indicadores que refletem na qualidade da assistência ofertada ao paciente, se comparados á oferta do serviço e/ou a alta precoce esses valores tendem a aumentar, uma vez que o paciente fica mais

susceptível ao desenvolvimento de uma patologia secundária, sendo a infecção um exemplo. Para uma possível redução desses agravos o paciente poderia passar mais dias em tratamento na unidade, antes de sua liberação ou alta.

Os quadros de infecção principalmente os que são desencadeados em situações mais graves como a sepse tem sido responsáveis para aumentar o índice de óbitos e, em situações contrárias favorecem aos processos de readmissão nas UTI's. É importante destacar as comorbidades associadas ao individuo como a diabetes mellitus e hipertensão arterial problemas que intensificam comprometendo a saúde e recuperação do paciente. Em seus estudos Barros (2010) descreve ás comorbidades supracitadas como responsáveis por até 59% do desenvolvimento de doenças crônicas que acometem os pacientes, sendo estes fatores altamente contribuintes para o elevado número de óbitos nas Unidades de Terapia Intensiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa e dos dados obtidos com este estudo foi possível compreender os principais fatores que levaram os pacientes a serem readmitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva, analisando também que a Diabetes Mellitus têm grande influencia nos processos de readmissão é pertinente salientar a hipertensão arterial como uma segunda comorbidades que contribui para a volta do paciente ao setor de reabilitação intensiva, não o bastante também fora observado que o tempo mínimo de três dias de internamento contribui para aumentar as estatísticas de readmissão, fator esse minimizado quando o paciente se detém por mais dias na Unidade.

Na amostra estudada, constituída por uma análise de 278 prontuários, sendo dois descartados por não apresentarem resultados significantes para a pesquisa, apenas 24 prontuários foram selecionados para constituir a amostra, uma vez que estes respondiam aos resultados esperados na pesquisa. De ante do exposto compreendemos que os fatores que levaram os pacientes a serem readmitidos são comorbidades altamente influentes no estilo de vida das pessoas, sendo, portanto a diabetes mellitus e hipertensão arterial as influentes.

Com o intuito de reduzir os índices de readmissões alguns sinais sugestivos de intervenção podem ser analisados como aumentar o número de dias do paciente

internado na UTI, atentando para as patologias secundárias e ao tratamento que será ofertado ao paciente. Com os resultados foi possível alcançar os objetivos da pesquisa e confirmar a hipótese, a metodologia imposta mostrou-se suficiente para realização dos procedimentos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. M.; SILVA, R. F. SOUZA, R. F. Perfil epidemiológico e seguimento após alta de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 22, n. 3, 2017.

ARAÚJO, T. G.; MELLO, M.; KUTCHAK, F.M. FILHO, J. W. F. F. Readmissões e óbitos após a alta da UTI - um desafio da terapia intensiva. Readmissions and deaths following ICU discharge - a challenge for intensive care. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 25, n. 1, p.32-38, 2013.

BARROS, L. L.; MAIA, C. S. F.; MONTEIRO.; C. M. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Risk factors associated to sepsis severity in patients in the Intensive Care Unit. **Cad. Saúde Colet**. v. 24, n. 4, p. 388-396, 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Resolução 466/12. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html acesso em: 20/07/2017

BRITO, J. I; GARDENGHI, G. Complicações pulmonares em pacientes internados na UTI do Instituto de Neurologia de Goiânia. *Revista Integração*, São Paulo, v.15, n. 59, p.379-385, out./dez. 2009.

BHERING, C. F. C. Fatores associados à readmissão em uma terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 85 f. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

CALDEIRA, M. H.; JÚNIOR, J. M. S.; OLIVEIRA, A. M. R. R. R. et al. Critérios para admissão de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva e mortalidade. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.5, n.56, p. 528-34, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a12.pdf> acesso em: 14.03.17

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**. v. 1, n. 20, Jan/fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf acesso em: 03 fev.2017

CHEN Y. C, et al. ICU Discharge APACHE II Scores Help to Predict PostI CU Death. *Chang Gung Med J*., v.30, n.2, p.142-50, 2007. Disponível em:
www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26 Acesso em: 15 jan. 2017.

COFEN – Resolução COFEN nº 564/2017: **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: [http:// www.portalcofen.gov](http://www.portalcofen.gov). Acesso em: 16 Abril. 2018

ELLIOT, M. et al. Readmission to Intensive Care: A qualitative analysis of nurses perceptions and experiences. **Heart e Lung**, v. 40, n.4, p. 299-309, 2011.

ELLIOT, M. Readmission to intensive care: a review of the literature. *Australian Crit Care*, v.19, n.3., ago 2006.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.2, p.320-329, maio/ago. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178/3913> acesso em: 08 maio 2017.

FONTELLES, M. J.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa, 2009. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf acesso em: 30 maio 2017.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L.; Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. mar; v.13, n. 1, p: 188-193, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf> acesso em: 03 fev 2017.

GARDENGHI, G. BRITO, J, I. Complicações pulmonares em pacientes internados na UTI do Instituto de Neurologia de Goiânia. **Revista Integração**, São Paulo, v.15, n. 59, p.379-385, out./dez. 2009.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HERCOS, T. M.; VIEIRA, F. S.; OLIVEIRA, M. S.; O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 1, n. 60, p. 51-58, 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf acesso em: 16 jan 2017.

INOUE, K. C; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta paul. enferm**. v.23, n.3, pp.379-384, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a11.pdf> acesso em: 05 de maio 2017.

JAPIASSU, A.M.et al . Fatores preditores precoces de reinternação em unidade de terapia intensiva. **Revista brasileira de enfermagem intensiva**. v. 21, n. 4, p. 353 – 358, dez. 2009.

MARIA, M; QUADROS, F; GRASSI, M. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras Enferm.** v. 65, n.2 Brasília Mar./Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf> acesso em: 28 jan 2017.

MARQUES, S. M.; BRITO, K. C. G.; FERNANDES, C. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na uti: perspectivas dos enfermeiros da cidade de governador valadares. **Rev. Mineira Enferm.**, n. 12; v. 4, p. 469-476, out./dez., 2008

MASSAROLI, R.; MARTINI, J. G.; MASSAROLI, A. et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência **Escola Enf. Anna Nery.** v. 2, n. 19, p. 252 – 258, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127739655008> acesso em: 09 maio 2017.

MENDES, T. N. C. M. UTI –Passado, Presente e Futuro. Universidade Estadual do Maranhão. Centro de Estudos Superiores de Itapecuru-mirim, CESIM. Curso de Enfermagem, 2010.

MENEZES, S. R. T., PRIEL, M. R., PEREIRA, L. L., Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** v.45, n.4, São Paulo Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a23.pdf> acesso em: 24 jan 2017.

MIOT, H. A. J. Cálculo amostral. v. 10, n. 4, **J Vasc Bras**, p:275 – 278, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01> acesso em: 17/07/2017

ROSENBERG, A. L. WATS, C. Patients readmitted to ICUs: a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest*, v 118, n. 2, p. 492-502, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936146> acesso em: 30 maio 2017.

SILVA M. C. M., SOUZA R. M. C., PADILHA K.G. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v.19, n. 4, jul - ago. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_09 acesso em: 20 maio 2017.

SILVA, M. C. M. Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem [tese], São Paulo, 2007.

SILVEIRA, R. E. Humanização e educação continuada na UTI: a atuação do enfermeiro. **Revista Saúde.Com.** v. 1, n. 9, p. 51- 61, 2013. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/232/183> acesso em: 24 fev 2017.

SILVA, W. O. Controle glicêmico em pacientes críticos na UTI. Serviço de Clínica Médica. Centro de Tratamento Intensivo Geral. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. v. 12,n.3, Jul/Set – 2013.

SOUZA, C. J. Manual de rotina em enfermagem intensiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; Cultura Médica, p.1-2, 2010.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO A.M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J., CALIXTO, R. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras Enferm.**, v.62, n.2, Brasília, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf> acesso em: 20 maio 2017.

VALERA, R. B, TURRINI, R.N.T. Fatores relacionados a readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Ciência y Enfermería**, v.14, n.2, p.87-95, 2008. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v14n2/art11.pdf> acesso em : 12 fev 2017.

ZANON, J.J.; CAOVILO, R. S.; CABEDA, E. V.; CERETTA, D. D.; LUCKERMEYER, G. D.; BELTRAME, C.; POSENATTO, N. Sepsis na Unidade de Terapia Intensiva: Etiologias, Fatores Prognósticos e Mortalidade. Sepsis in the Intensive Care Unit: Etiologies, Prognostic Factors and Mortality. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 20 n. 2, Abril/Junho, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Prontuário N°: _____.

1 - Data da Notificação: ____/____/____

2 - Idade: ____/____/____

3 – Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena n°: _____.

4 – Escolaridade: _____.

5 – Religião: _____.

6 – Ocupação: _____.

7 – Situação conjugal: 1- Solteiro 2- Casado/união consensual 3- Viúvo 4- Separado 5- Não se aplica 9- Ignorado. n°: _____.

8 – Filhos: _____. N°: _____.

9 – Condições de Moradia (Ex: saneamento básico): _____

10 – Tem comorbidades ? DM () HAS()

Outros: _____

11 – Motivo da Admissão: _____

12 – Tempo de Internação: _____

13 – Houve infecção: SIM () NÃO ()

TIPO: _____

14– Causa da readmissão: _____

15 – Condições de alta (óbito, alta hospitalar, transferência interna, alta a pedido):

APÊNDICE B

TERMO PARA DISPENSA DE TCLE

Eu, Marcia Jaqueline de Lima, pesquisador responsável do projeto de pesquisa intitulado FATORES QUE LEVAM À READMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM MOSSORÓ/RN venho, por meio deste termo, solicitar a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que, a coleta de dados NÃO será realizada com pessoas, e sim com fontes secundárias, neste caso, a partir dos prontuários de pacientes readmitidos em Unidade de Terapia Intensiva, obedecendo aos aspectos éticos. Os dados serão coletados através dos prontuários sendo preenchido um formulário no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia que é referência na cidade de Mossoró-RN, onde a pesquisa será realizada. Tais fontes de dados serão fornecidos pela própria instituição.

Mossoró, 07 novembro de 2018.



Assinatura do Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012, suas Complementares e a Resolução 0564/2017 COFEN (Colocar o seu Código de Ética) em todas as fases da pesquisa Intitulada “FATORES QUE LEVAM À READMISSÃO DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM MOSSORÓ-RN”.

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o Relatório Final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia 15 de dezembro de 2018, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via Emenda. Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional N° 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

Mossoró, 07 novembro 2018.



Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

ANEXO-A



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
 SESAP – Secretaria de Estado da Saúde Pública
 Hospital Regional Tarcísio Maia
 Assessoria de Recursos Humanos

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, **Glória Maria Barbosa**, CPF 370.038.107-78 – Diretora Técnica do Hospital Regional Tarcísio Maia localizada, localizada à Rua Projetada, S/N, Bairro Aeroporto, Venha através deste documento, conceder a anuência para a realização da pesquisa intitulada “**Fatores que levam Pacientes a serem readmitidos na Unidade de Terapia Intensiva em Mossoró - RN**”, sob a orientação da Professora **Márcia Jaqueline de Lima**, vinculado a Faculdade Nova Esperança de Mossoró a ser realizado no Hospital Regional Tarcísio Maia, no período de Setembro de 2018 a dezembro 2018, será desenvolvida pelo aluno de **Ana Karina da Silva**.

Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 466/12 e suas complementares.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades, como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu cumprimento no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa não recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia do participante em solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Liberdade do participante de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalidade ou prejuízo.

Antes de iniciar a coleta de dados o/s pesquisador/s deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Mossoró, 09/10/2018

Glória Maria Barbosa
 Diretora Técnica – HRTM
 CPF: 370.038.107-78

Glória Maria Barbosa
 Diretora Técnica
 Matr.: 217857-3
 CRM 4565



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 8º Reunião Extraordinária realizada em 25 de outubro de 2018 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **"FATORES QUE LEVAM À READMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM MOSSORÓ-RN"**. Protocolo CEP: 224/2018 e CAAE: 01451618.0.0000.5179. Pesquisadora Responsável: MÁRCIA JAQUELINE DE LIMA e dos Pesquisadores Associados: ANA KARINA DA SILVA; MARIA KALIANA MOURA AQUINO; EVILAMILTON GOMES DE PAULA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para Dezembro de 2018, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 13 de novembro de 2018.

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE