

READMISSÃO DE MULHERES EM UM HOSPITAL CARDIOLÓGICO

READMISSION OF WOMEN TO A CARDIOLOGIC HOSPITAL

READMISIÓN DE MUJERES EN UN HOSPITAL CARDIACO

Ananda Alexandre Rodrigues¹
Rika Miyahara Kobayashi²
Estela Regina Ferraz Bianchi³

Objetivo: caracterizar a readmissão de mulheres associada ao perfil sociodemográfico, à causa de internação, ao diagnóstico médico e de enfermagem e ao tempo para readmissão. **Método:** estudo transversal, descritivo, realizado no ano de 2012 com mulheres readmitidas, após tratamento clínico ou cirúrgico, em hospital público cardiológico de São Paulo. **Resultados:** entre as 283 mulheres readmitidas, 54,8% eram idosas, 38,2% com ensino fundamental incompleto, 45,9% casadas, 33,9% aposentadas; 66,8% apresentavam hipertensão. O tempo de internação foi de 1 ou 2 dias e o intervalo para readmissão foi de 1 a 348 dias. Houve associação significativa entre diagnóstico médico na área vascular com idade >60 anos ($p=0,002$), ensino fundamental incompleto ($p=0,004$), casadas ($p=0,012$) e não fumantes ($p=0,026$). **Conclusão:** a readmissão de mulheres estava associada a fatores como idade maior de 60 anos, aposentadas, com ensino fundamental incompleto, casadas, com hipertensão arterial, vindo para tratamento vascular, coronariano e de miocardiopatia com mobilidade física prejudicada.

Descritores: Readmissão do Paciente; Mulheres; Cardiologia; Readmissão Hospitalar.

Objective: to characterize readmission of women associated with socio-demographic profile, cause of hospitalization, medical and nursing diagnosis and amount of time for readmission. Method: a cross-sectional descriptive study conducted in 2012 with women readmitted after medical or surgical treatment, to a cardiologic public hospital in São Paulo. Results: among the 283 women readmitted, 54.8% were elderly, 38.2% with incomplete primary education, 45.9% married, 33.9% retired; 66.8% had hypertension. The length of stay was of 1 or 2 days and the interval for readmission was of 1 to 348 days. There was a significant association between medical diagnosis in the vascular area with ages >60 years ($p=0.002$), incomplete primary education ($p=0.004$), married ($p=0.012$) and nonsmokers ($p=0.026$). Conclusion: the readmission of women was associated to factors such as age over 60 years, retired, incomplete primary education, married, arterial hypertension, under vascular, coronary and myocardiopathy treatment, with hindered physical mobility.

Descriptors: Patient Readmission; Women; Cardiology; Hospital Readmission.

Objetivo: caracterizar la readmisión de mujeres asociada con el perfil sociodemográfico, la causa de la hospitalización, el diagnóstico médico y de enfermería y el tiempo para la readmisión. Método: transversal descriptivo, llevado a cabo en 2012 con las mujeres readmitidas después de un tratamiento médico o quirúrgico en hospital público cardiológica en São Paulo. Resultados: entre las 283 mujeres readmitidos, el 54,8% eran mayores, 38,2% enseñanza primaria incompleta, 45,9% casadas, el 33,9% jubiladas; 66,8% tenían hipertensión. La duración de la internación

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiovascular na modalidade Residência pelo Programa de Enfermagem Cardiovascular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira da seção de Pronto Socorro do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, Brasil. ananda_rodrigs@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora Técnica de Serviço de Educação Continuada do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, Brasil. miyahara.rika@gmail.com

³ Professora Titular Aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Assessora de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, Brasil. estelarfb@gmail.com

hospitalaria fue de 1 o 2 días y el intervalo de reingreso fue de 1 a 348 días. Se observó una asociación significativa entre el diagnóstico médico en el ámbito vascular con edad > 60 años ($p=0,002$), enseñanza primaria incompleta ($p=0,004$), casadas ($p=0,012$) y no fumadores ($p=0,026$). Conclusión: la readmisión de mujeres fue asociada a factores como edad mayor de 60 años, jubiladas, con enseñanza primaria incompleta, casadas, con hipertensión arterial, viniendo para tratamiento vascular, coronario y de miocardiopatía, con movilidad física perjudicada.

Descriptores: Readmisión del Paciente; Mujeres; Cardiología; Readmisión Hospitalaria.

Introdução

O aparecimento de doenças cardiovasculares (DCV) aumenta dramaticamente com o envelhecimento populacional, especialmente nas mulheres, que têm maior incidência de morte por doenças cardiovasculares, com um índice de 53%. As DCV permanecem como a principal causa de morte em mulheres não apenas no Brasil, mas também em outros países, como Estados Unidos, principalmente acima dos 50 anos de idade⁽¹⁾.

A hospitalização é um estressor devido às condições que são vivenciadas com frequência durante a estadia no hospital, como a doença, os sintomas físicos, procedimentos invasivos, dependência, ausência da rotina e papéis sociais, distância dos familiares, gravidade do estado de saúde, o medo do desconhecido e da morte⁽²⁾. Esses estressores são vivenciados com frequência na ocorrência de readmissões hospitalares.

Readmissão hospitalar é definida como um retorno para o hospital logo após a alta de uma internação recente. As taxas de readmissão servem, muitas vezes, para verificar como os pacientes retornam ao hospital após a alta e, geralmente, são utilizadas como medidas de cuidados hospitalares⁽³⁾. Pelo fato de acarretar um grande ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares, torna-se importante conhecer o perfil da população readmitida, com vistas a prestar melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção os cuidados que serão necessários após a alta, a fim de evitar uma readmissão não programada⁽⁴⁾.

Em um estudo sobre o perfil de readmissões hospitalar no Brasil, verificou-se que houve um predomínio do sexo feminino tanto na

internação hospitalar quanto na readmissão em todas as regiões do país⁽⁵⁾. As mulheres, hoje, ocupam seus espaços na sociedade, assumindo não somente as responsabilidades do cuidado com a família e com o lar, mas também o papel social de trabalhadoras e provedoras financeiras do sustento familiar. O seu adoecimento, internação para terapêutica e posterior readmissão hospitalar pressupõem impactos na sua vida pessoal e social.

Assim, este estudo objetivou caracterizar a readmissão de mulheres associada ao perfil sociodemográfico, à causa de internação, ao diagnóstico médico e de enfermagem e ao tempo para readmissão.

Método

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, realizado com a totalidade de prontuários de mulheres que foram readmitidas para tratamento clínico ou cirúrgico de afecção cardiovascular, no ano de 2012, em instituição pública voltada para cardiologia, no município de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Enfermagem sob Protocolo CEP n. 4351/13, CAAE n. 1877411.0.00005462. A pesquisa foi realizada nos meses de fevereiro a junho de 2013, após a obtenção da relação de pacientes reinternadas no ano de 2012. Foram incluídas, no presente estudo, mulheres com mais de 18 anos, com afecções cardiovasculares, readmitidas uma vez ou mais nas unidades de internação, tratamento intensivo ou de emergência. Foram excluídas as readmissões do setor de pediatria.

Após a obtenção da relação, os dados foram coletados nos prontuários e constavam de perfil sociodemográfico, diagnóstico médico que ocasionou a internação e dados da sistematização de assistência de enfermagem, da primeira internação e das readmissões que ocorreram também no ano de 2012, acrescido do tempo para readmissão. O hospital, campo de estudo, utiliza diagnósticos de enfermagem adaptados da NANDA, nas fases histórico, prescrição de enfermagem e evolução diária de enfermagem dos diagnósticos propostos. Esses dados foram transcritos em planilhas Excel e submetidos a análise estatística, com teste qui-quadrado, programa SPSS 19.0 e nível de significância $p < 0,05$.

Resultados

Neste estudo, foram encontradas 283 mulheres que passaram pelo processo de readmissão hospitalar, variando de 1 a 7 ocorrências. Para a análise da readmissão foram levantados os dados relativos à primeira internação e à primeira readmissão, uma vez que, a partir da segunda, o menor número de dados inviabilizou a análise.

No perfil sociodemográfico, verificou-se, dentre as mulheres pesquisadas, que 155 (54,8%) tinham acima de 60 anos, 32 (11,3%) eram analfabetas, 108 (38,2%) cursaram ensino fundamental incompleto, 130 (45,9%) eram casadas e 96 (33,9%) estavam aposentadas.

As comorbidades apresentadas foram: hipertensão (66,8%, $n=189$), sedentarismo (49,1%, $n=139$), dislipidemia (46,6%, $n=132$), diabetes (31,8%, $n=90$), estresse (22,3%, $n=63$), obesidade (17,7%, $n=50$) e tabagismo (2,1%, $n=6$).

Os diagnósticos médicos foram semelhantes no que tange à especialidade. Na primeira internação, 64 (22,7%) eram da área vascular, 31 (11,0%) da coronária e 38 (13,4%) com miocardiopatia; na primeira readmissão, 57 (20,3%) eram da área vascular, 50 (17,7%) da coronária e 45 (15,9%) apresentavam miocardiopatia. Os principais diagnósticos de enfermagem, tanto na primeira internação quanto na primeira readmissão e alta, conforme taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), foram: mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene, rompimento no vínculo familiar e integridade tissular prejudicada. A descrição detalhada encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da frequência e percentual de diagnósticos de enfermagem na primeira internação e na primeira readmissão hospitalar e alta. São Paulo, SP, Brasil, 2012 ($n=283$)

| Diagnósticos de enfermagem | Admissão | | Alta | | Readmissão | | Alta | |
|---|----------|------|------|------|------------|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Mobilidade física prejudicada | 157 | 55,5 | 136 | 48,1 | 148 | 52,3 | 129 | 45,6 |
| Déficit no autocuidado para banho/higiene | 145 | 51,2 | 126 | 44,5 | 145 | 51,2 | 108 | 38,2 |
| Rompimento no vínculo familiar | 81 | 28,6 | 89 | 31,4 | 72 | 25,4 | 112 | 36,9 |
| Integridade tissular prejudicada | 30 | 10,6 | 70 | 24,7 | 66 | 23,3 | 112 | 39,6 |

Fonte: Elaboração própria.

No que tange aos diagnósticos médicos, foi possível observar as correlações com os fatores sociodemográficos pesquisados, dentre eles

idade, escolaridade, estado civil, situação trabalhista e comorbidades, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Correlação dos diagnósticos médicos com os fatores sociodemográficos e comorbidades. São Paulo, SP, Brasil, 2012 (N=283)

| Variável | Diagnóstico prevalente | p-value* |
|--|------------------------|--------------|
| Idade > 60 anos | Vascular | 0,002 |
| Escolaridade (Ensino fundamental incompleto) | vascular/coronária | 0,004 |
| Estado Civil (Casadas) | vascular/coronária | 0,012 |
| Situação Trabalhista (Não se aplica) | vascular/congênito | 0,550 |
| Diabetes (Ausente) | vascular/miocárdio | 0,240 |
| Hipertensão (Presente) | vascular/coronária | 0,134 |
| Dislipidemia (Presente) | vascular/coronária | 0,153 |
| Fumo (Ausente) | vascular/miocárdio | 0,026 |
| Obesidade (Ausente) | vascular/miocárdio | 0,798 |
| Sedentarismo (Presente) | vascular/coronária | 0,051 |
| Estresse (Ausente) | vascular/coronária | 0,290 |

Fonte: Elaboração própria.

*qui-quadrado, $p < 0,05$

Esses resultados permitiram verificar-se que houve significância da idade em mulheres acima de 60 anos para afecções vasculares ($p=0,002$). As mulheres casadas e com escolaridade de ensino fundamental incompleto apresentaram associação com afecções vasculares e coronariopatias ($p=0,004$ e $0,012$). Outro fator relevante foi a ausência de tabagismo para mulheres com afecções vasculares e miocardiopatias ($p=0,026$).

Na primeira ocorrência, 48 (17%) mulheres permaneceram internadas por um dia e 44 (15,5%) por dois dias, numa variação de 0 a 99 dias. Na primeira readmissão, 40 (14,1%) mulheres permaneceram internadas por um dia, 26 (9,2%) por dois dias e 20 (7,1%) por seis dias, numa variação de 0 a 71 dias.

O intervalo de dias entre a primeira internação e a readmissão variou de 1 a 348 dias, com o intervalo médio entre 4 e 12 dias para 11 (3,9%) e 10 (3,4%) pacientes, respectivamente.

Discussão

A readmissão de 21 (8,3%) mulheres com intervalo de tempo entre 4 a 12 dias da alta hospitalar caracteriza a readmissão precoce, definida como a de intervalo inferior a 30 dias da alta.

Com relação ao intervalo entre as readmissões, um estudo que avaliou os fatores associados às readmissões hospitalares em um hospital geral do Brasil, encontrou que, em adultos, o tempo mediano até a readmissão foi de um ano e dois meses⁽⁶⁾.

No que tange ao tempo de permanência na readmissão, o número de dias de internação foi de 0 a 71, prevalecendo as de 1 (14,1%), 2 (9,2%) e 6 (7,1%) dias. Este resultado coaduna-se com o de outro estudo sobre readmissão em serviço de emergência, que variou de 0 a 74 dias, com permanência no hospital de 0 a 7 dias, para 76,2% dos pacientes readmitidos; de 8 a 15 dias, 12,3%, e de 16 a 30 dias, 8,8%. Três pacientes ficaram internados de 61 a 90 dias⁽⁷⁾.

Quanto à faixa etária, em estudo realizado sobre o perfil de readmissões hospitalares em 2006, no Brasil, foi observada maior prevalência de pacientes na faixa etária de 20 a 59 anos, com 52,1%⁽²⁾. Entretanto, os achados deste estudo são corroborados pelos resultados de outro estudo sobre readmissão hospitalar precoce, no qual houve prevalência da faixa etária com mediana de 60 anos de idade⁽⁴⁾. A diferença que se verifica na faixa etária pode ser decorrente do envelhecimento populacional crescente nas últimas

décadas e com projeção de duplicação para 15% em 20 anos, ocasionando maiores gastos com assistência hospitalar causados pelas doenças crônicas no Sistema Único de Saúde⁽³⁾.

A readmissão hospitalar sofre influência das condições socioeconômicas do paciente, da estrutura familiar, da disponibilidade de acesso aos medicamentos prescritos e da adesão às orientações médicas. Outras variáveis como sexo, raça, etnia, condições financeiras e sociais, e também educação são consideradas como fatores de risco para a readmissão hospitalar^(3,4).

No presente estudo, verificou-se que a maioria das mulheres readmitidas eram casadas, aposentadas e com ensino fundamental incompleto, o que pode requerer maior atenção por parte do Enfermeiro na realização de ações educativas de prevenção, promoção ou reabilitação, pois a baixa escolaridade pode interferir no acesso, na compreensão e na apreensão de conhecimentos necessários ao cuidado à saúde.

Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres era casada. Este é um fator de relevância para o cuidado à saúde, se for ponderado que o cônjuge pode auxiliar nos cuidados da mulher acometida pelo processo do adoecimento. No Brasil, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens; este padrão mantém-se, mesmo quando se leva em conta os dados relativos à restrição ou não das atividades por motivo de saúde⁽⁸⁾.

A prevenção ou promoção da saúde são práticas naturalmente relacionadas às mulheres⁽⁹⁾. São elas que buscam mais os serviços para realização de exames de rotina e prevenção e observa-se um percentual bem maior delas que referem ter realizado consultas médicas ao longo dos 12 meses que antecederam entrevista para estudo que analisou o perfil de morbidade referida em homens e mulheres do Brasil⁽¹⁰⁾. No que tange à readmissão precoce, apesar da baixa escolaridade, as orientações podem estar interferindo na detecção precoce de agravos e, conseqüentemente, na readmissão para terapêutica.

Os autores, entretanto, manifestam também a necessidade de pesquisas que avancem em ações educativas dirigidas aos usuários, uma vez

que eles apontam para a falta de estudos que demonstrem o efeito dessas ações interventivas na prevenção secundária e em programas de reabilitação^(9,11).

As comorbidades encontradas neste estudo foram: hipertensão arterial sistêmica (66,8%), sedentarismo (49,1%), dislipidemia (46,6%), diabetes (31,8%), estresse (22,3%), obesidade (17,7%) e tabagismo (2,1%). Elas assemelham-se ao encontrado por outros autores que também identificaram a hipertensão como principal comorbidade⁽⁴⁾, e que as readmissões por doenças cardiovasculares foram maiores 8,5 vezes em mulheres diabéticas em relação aos homens⁽¹²⁾. Em um estudo sobre avaliação do risco cardiovascular com 100 mulheres climatéricas, 56 delas eram hipertensas, como também encontrado no presente estudo⁽¹³⁾.

No cotidiano, verifica-se que todos os fatores predisponentes podem ser prevenidos pela adoção de hábitos saudáveis de vida. Desta forma, são necessárias ações educativas interventivas com continuidade de seguimento, que podem ser realizadas pelos enfermeiros em parceria com a equipe multidisciplinar.

Em estudo publicado, há associação da taxa de readmissão hospitalar principalmente com dados demográficos, condições crônicas e comorbidades⁽³⁾. Outro refere que algumas reinternações são desnecessárias, pois são motivadas por outra necessidade clínica. Seus autores acrescentam que diversos fatores estão associados às readmissões, tais como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e renda; aspectos clínicos que levam em consideração o tipo e a gravidade da doença; oferta de serviços de saúde; características como tipo de hospital e padrões da prática médica; local de residência e acesso aos cuidados de saúde. Desse modo, a influência de determinados fatores acaba sendo decisiva para as readmissões⁽⁶⁾.

Quanto aos diagnósticos médicos prevalentes neste estudo, tanto na primeira internação quanto na readmissão, foram aqueles específicos do sistema circulatório, uma vez que a pesquisa foi realizada em hospital de cardiologia, coincidindo com estudo anterior⁽⁴⁾.

Para a prevenção de futuras readmissões, autores argumentam que a consolidação da taxa

de reinternações hospitalares, enquanto indicador de qualidade assistencial, requer intervenções que possam melhorar os cuidados durante a internação ou após a alta⁽⁴⁾. Diante dessa informação, a avaliação dos diagnósticos de enfermagem é de grande importância para a avaliação da assistência de enfermagem prestada.

O diagnóstico de enfermagem que apresentou prevalência neste estudo foi o de mobilidade física prejudicada, tanto na primeira internação como na readmissão hospitalar. Assim, é possível apontar que essa prevalência relaciona-se com o principal diagnóstico médico encontrado, que foi o de afecções vasculares. Estas podem causar claudicação e déficits na mobilidade física, o que também justifica a presença do diagnóstico de déficit no autocuidado para banho/higiene, que, ao ser trabalhado pela enfermagem, proporcionou melhoras no momento da alta. Nas mulheres idosas que participaram de pesquisa para avaliar o impacto da eliminação das doenças crônicas sobre a expectativa de vida livre de incapacidade, as doenças cerebrovasculares foram as mais incapacitantes⁽¹⁴⁾.

Por outro lado, considerando que as mulheres que apresentavam coronariopatias foram prevalentes em outro estudo, o déficit na mobilidade física também se justificou pela deficiência músculo esquelética como fator preditor de readmissão hospitalar para essas usuárias⁽¹⁵⁾.

A correlação entre idade, estado civil e escolaridade com os diagnósticos médicos (afecções cardiovasculares e miocardiopatias) demonstraram a relação do adoecimento com o envelhecimento populacional e outros determinantes sociais. A ocorrência de readmissões das mulheres com vasculopatias e coronariopatias e ensino fundamental incompleto denota necessidade de maior atenção educativa na prevenção, promoção, terapêutica e reabilitação dessa população, mas requer estudos de aprofundamento dos motivos da readmissão.

Por outro lado, os achados significativos de internação e a readmissão de mulheres com vasculopatias e coronariopatias casadas, requer olhar cuidadoso da enfermagem no tocante ao estresse, considerando-se que, quando internadas,

ocorre uma desestruturação da organização da família, preocupações com o trabalho, com a casa, entre outros afazeres inerentes ao papel social da mulher.

Destacou-se, em estudo comparativo de gêneros de pessoas com coronariopatias, que a revascularização foi realizada mais tardiamente nas mulheres, com readmissão maior no segmento de 3 a 6 meses, e com menor score de qualidade de vida da mulher pelo SF 3, sendo os critérios de pior saúde mental, história da doença, revascularização e angina⁽¹⁶⁾.

Outro dado significativo foi relativo às mulheres não fumantes relacionadas aos diagnósticos de acometimento de doenças do miocárdio e doenças vasculares. Sabe-se que, em 1989, a prevalência de tabagismo entre as mulheres era de 27%, ocorrendo uma queda para 18% em 2003 e para 13% em 2008. Dessa maneira, pode-se supor que essas mulheres são acometidas por tais doenças devido a outros fatores de risco que não o tabaco⁽¹⁷⁾.

Mediante os dados encontrados, compreende-se que há vários fatores relacionados com a readmissão precoce de mulheres com afecções cardiológicas nas instituições de saúde. Estudo anterior constatou que, com o envelhecimento populacional, as pessoas com doenças crônicas degenerativas e seus familiares tendem a contratar cuidadores remunerados, que, se qualificados, favorecem o diagnóstico de complicações e a readmissão precoce⁽¹⁸⁾.

Por outro lado, na literatura já se evidencia que usuários de serviço de assistência domiciliar tiveram maior risco de readmissão em relação ao usuário do serviço de assistência na especialidade⁽¹⁹⁾, o que pode ser sugestivo da necessidade de preparo de equipes específicas por especialidades, para maior resolutividade.

Ainda com relação a cuidados domiciliares, há que se pensar em investimentos alternativos em tecnologias de informação e comunicação inovadoras na gestão do cuidado, mas pouco tem se mostrado eficaz e sustentável ao longo do tempo. Por isso, são necessários, no contexto dos cuidados primários à saúde, investimentos na interação e continuidade da comunicação entre

o paciente e a equipe de saúde, para otimizar os tratamentos, as intervenções e as estratégias de autogestão do cuidado centrado no paciente⁽²⁰⁾.

Como visto, a readmissão tem como causas vários fatores preveníveis. Desse modo, compete ao enfermeiro e à equipe de saúde o desenvolvimento de um trabalho colaborativo, em que se desenvolvam ações educativas voltadas à usuária e a sua família, de modo a prevenir agravos e futuras readmissões. O preparo para a alta e a reinserção social deve ser trabalhado desde o início da internação, como medida interventiva essencial para o cuidado à saúde e que possibilite autonomia e tomada de decisão.

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo caracterizar a readmissão de mulheres associada ao perfil sociodemográfico, à causa de internação, ao diagnóstico médico e de enfermagem e ao tempo para readmissão.

Concluiu-se que a readmissão de mulheres estava associada a fatores como idade maior de 60 anos, aposentadas, com ensino fundamental incompleto, casadas, com hipertensão arterial, vindo para tratamento vascular, coronariano e de miocardiopatia com mobilidade física prejudicada.

Houve correlação entre idade e afecções vasculares ($p=0,002$), estado civil e escolaridade com afecções vasculares ($p=0,004$) e coronariopatias ($p=0,012$), bem como entre tabagismo e afecções vasculares e miocardiopatias ($p=0,026$).

Considerando o número de mulheres readmitidas, pôde-se presumir que são necessárias maiores ações voltadas à prevenção da readmissão hospitalar. Deve-se salientar a importância da atuação do enfermeiro, enquanto membro da equipe multiprofissional, tanto nas orientações durante a internação quanto no preparo, no plano de alta hospitalar, visando a prevenção de readmissão.

Outros estudos a respeito de readmissões hospitalares são necessários, especialmente com enfoque na Sistematização da Assistência de Enfermagem, visando um cuidado

individualizado enquanto preditor da qualidade da assistência prestada durante a internação e readmissão e de avaliação do impacto da readmissão na vida pessoal, social e psicológica das mulheres.

As limitações da pesquisa realizada englobam a obtenção de prontuários com dados completos e somente durante um ano, fatores que podem influenciar nos resultados obtidos. Por esses motivos, recomenda-se realização de mesmo estudo por um período de coleta mais amplo.

Referências

1. Fernandes CE, Pinho Neto JSL, Gebara OCE, Santos Filho RD, Pinto Neto AM, Pereira Filho AS, et al. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em mulheres climatéricas e a influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). *Arq bras cardiol*. 2008;91(1supl.1):1-23.
2. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psic: teor pesq*. 2011;27(1):49-53.
3. Robinson S, Esquivel JH, Vlahov D. Readmission risk factors after hospital discharge among the elderly. *Popul health manag*. 2012;15(6):338-51.
4. Borges FK, Soliman F, Pires DO, Seligman R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. *Rev HCPA*. 2008;28(3):147-52.
5. Moreira ML. Readmissões nos sistemas de serviços hospitalares no Brasil [dissertação]. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo; 2010.
6. Castro MSM, Carvalho MS, Travassos C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. *Cad saúde pública*. 2005;21(4):1186-205.
7. Valera RB, Turrini RNT. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. *Ciênc enferm*. 2011;16(2):87-96.
8. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002;11(5/6):365-73.

9. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad saúde pública*. 2010;26(5):961-70.
10. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2002;7(4):687-707.
11. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J prev cardiol*. 2013 Aug;20(4):701-14.
12. Flink L, Mochari-Greenberger H, Mosca L. Gender differences in clinical outcomes among diabetic patients hospitalized for cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2013;165(6):972-78.
13. Piazza IP, de Lorenzi DRS, Saciloto B. Avaliação do risco cardiovascular entre mulheres climatéricas atendidas em um programa de saúde da família. *Rev gaúcha enferm*. 2005 ago;26(2):200-9.
14. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad saúde pública*. 2013;29(6):1217-29.
15. Marzolini S, Oh PI, Alter D, Stewart DE, Grace SL. Musculoskeletal comorbidities in cardiac patients: prevalence, predictors, and health services utilization. *Arch phys med Rehabil*. 2012 May;93(5):856-62.
16. Dueñas M, Ramirez C, Arana R, Failde I. Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *BMC cardiovasc disord*. 2011;11:24.
17. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull world health organ*. 2007;85(7):527-34.
18. Mochari-Greenberger H, Mosca M, Aggarwal B, Umann TM, Mosca L. Caregiver status: a simple marker to identify cardiac surgery patients at risk for longer postoperative length of stay, rehospitalization, or death. *J cardiovasc nurs*. 2014 Jan-Feb;29(1):12-9.
19. Eastwood CA, Howlett JG, King-Shier KM, McAlister FA, Ezekowitz JA, Quan H. Determinants of early readmission after hospitalization for heart failure. *Can J cardiol*. 2014 Jun;30(6):612-8.
20. Ronan JP. Tailored care management with patient-centered web-based portal in primary health care: sustaining a relational context. *Stud health technol inform*. 2013;183:319-2.

Artigo apresentado em: 16/3/2016

Aprovado em: 10/6/2016

Versão final apresentada em: 12/6/2016