

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA PAULA RIBEIRO

**READMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO**

BELO HORIZONTE

2013

ANA PAULA RIBEIRO

READMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Monografia apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade para obtenção do título de especialista em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência. (Área de Concentração).

Orientadora: Profa. Allana dos Reis Corrêa

BELO HORIZONTE

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Ribeiro, Ana Paula

Readmissão de pacientes em unidades de terapia intensiva adulto [manuscrito] : estratégias de prevenção / Ana Paula Ribeiro. - 2013.

41 f.

Orientadora: Allana dos Reis Corrêa.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Media e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência..

1.Unidades de Terapia Intensiva. 2.Readmissão do Paciente. 3.Prevenção. I.Corrêa, Allana dos Reis. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

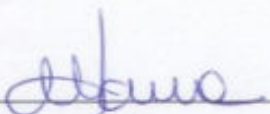


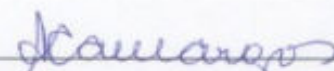
ANA PAULA RIBEIRO

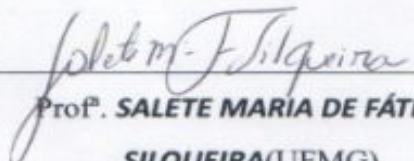
TÍTULO DO TRABALHO: "Readmissão de pacientes em unidades de Terapia Intensiva: estratégias de prevenção".

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Urgência e Emergência. (Área de concentração).

APROVADO: 10 de julho de 2013.


Profª. **ALLANA DOS REIS CORRÊA**(Orientadora)
(UFMG)


Profª. **ANADIAS TRAJANO CAMARGOS**
(UFMG)


Profª. **SALETE MARIA DE FÁTIMA**
SILQUEIRA(UFMG)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo amor incondicional, por sempre guiar meus passos e pelas respostas às minhas orações.

À minha orientadora, professora Allana dos Reis Corrêa pela disponibilidade, motivação e empenho, assim como as contribuições teóricas-metodológicas que se tornaram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, ao meu irmão e ao meu namorado por acreditarem no meu potencial, pela paciência, compreensão e pelo constante incentivo. Ah, como amo vocês...

Aos meus familiares que cujo apoio foi fundamental para o meu sucesso.

Aos meus amigos por tornarem minha vida mais leve e colorida. Agradeço também aos amigos que conquistei na especialização em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência. Obrigada pelo incentivo e alegria do convívio!

EPÍGRAFE

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”.

Florence Nightingale

RESUMO

RIBEIRO, A. P. Readmissão de pacientes em unidades de terapia intensiva adulto: Estratégias de prevenção. Monografia. F 42, 2012

A readmissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é determinada quando ocorre o retorno do paciente em até três dias após a alta para a Unidade de Internação ou retorno em até três meses após sua alta hospitalar e traz um enorme ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares. Este estudo tem como objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura que abordem estratégias para prevenção da readmissão de pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados Medline, Central e NHS-EED, no período de 2003 a 2013. A maioria das estratégias identificadas apresentam nível de evidência IV e incluem ações gerais: avaliação rigorosa do paciente antes de receber a alta da UTI e o controle do ganho e da perda de líquidos durante a permanência na UTI, e específicas: extubação precoce do paciente em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca, e uso do medicamento Alvimopan em pacientes em pós operatório de cirurgia do TGI. A incorporação destas medidas na prática terapêutica mostraram-se eficazes no auxílio da recuperação de pacientes internados nas UTI's proporcionando uma redução da ocorrência de complicações, tempo de permanência e taxas de readmissão.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Readmissão do Paciente; Prevenção

ABSTRACT

RIBEIRO, A. P. Readmission of patients in intensive care units adult: Prevention strategies. Monograph. P42 2012.

The readmission to the Critical Care Unit (CCU) is determined up to 3 days after the patient is discharged from the CCU or within 3 months after the patient is discharged from the hospital. Readmissions bring significant onus to the Health System besides causing discomfort to the patients and their relatives. The aim of this study is to identify the available evidence in literature that clarify strategies to prevent the readmission of adult patients to the Critical Care Units. It is an integrative review of this literature in Medline, Central and NHS-EED databases from 2003 to 2013. The majority of strategies found present a level IV evidence level and include General Procedures such as: Strict evaluation of the patient before the discharging from the CCU and the checking of fluid gain and fluid loss during the patient's time in the CCU. And Specific Procedures: The patient's premature extubation in the postoperative cardiac surgery and also the administration of the Alvimopan medicine in postoperated gastrointestinal tract surgery patients. The incorporation of these procedures in the therapy process prove themselves to be effective at assisting the patient's admitted to the CCU recovery. They may also diminish the number of complications, time of permanence and readmission rates.

Descriptors: CCU (Critical Care Unit), Patient's Readmission, Prevention

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Pergunta norteadora da pesquisa segundo a Estratégia PICO

QUADRO 2 – Categorização segundo a evidência científica segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

QUADRO 3 – Distribuição dos estudos quanto ao ano e país de publicação.

QUADRO 4 – Características dos estudos com categorização do Nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Seleção de população e amostra de estudos indexados na BVS, segundo base de dados de indexação.

LISTA DE SIGLAS

PBE – Prática Baseada em Evidências

PICO – Paciente, Intervenção, Controle, Outcome (Desfecho)

UNI – Unidade de Internação

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UCI – Unidade de cuidados Intermediários

OMS – Organização Mundial de Saúde

CEC – Circulação Exta-Corpórea

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

SCCM – Society of Critical Care Medicine

RDC – Resolução Diretoria Colegiada

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Unidades de Terapia Intensiva: aspectos históricos	17
3.2	Critérios de Admissão e Alta na UTI	18
3.3	Readmissão na Unidade de Terapia Intensiva	18
3.4	Indicadores de qualidade da assistência prestada na UTI	19
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	22
4.1	Referencial teórico: Prática Baseada em Evidências	22
4.2	Referencial metodológico: Revisão Integrativa	23
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
5.1	Tipo de Estudo	25
5.2	Delimitação do Tema	25
5.3	População e Amostra	26
5.4	Variáveis de Estudo	28
5.5	Análise dos artigos selecionados	28
5.6	Interpretação dos resultados	29
5.7	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento	29
6	RESULTADOS	31
7	DISCUSSÃO	33
8	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE	41

1 INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI) surgiram no Brasil na década de 1970 com o objetivo de prestar assistência à pacientes em estado agudo ou crítico que requeriam cuidados de média a alta complexidade pela equipe multiprofissional. Com o surgimento dessas unidades, os pacientes graves que, antes desse advento tinham pouca ou nenhuma chance de sobrevivência, passaram a ter acesso a recursos tecnológicos e assistenciais aumentando sua chance de recuperação (TRANQUITELLI, 2007).

Nas últimas décadas, graças à evolução tecnológica, os padrões de atendimento em UTI evoluíram e a monitorização intensiva se tornou muito mais complexa e diversificada. Este ambiente permite aos trabalhadores de saúde maior controle das situações de risco, rapidez nas tomadas de decisões e agilidade no desempenho de ações mais efetivas em situações críticas (SCHWONKE *et al.*, 2011).

Levando em consideração os investimentos que são destinados a essas tecnologias, torna-se necessário adequar a ocupação dos leitos de uma UTI e evitar a exposição dos pacientes a riscos desnecessários. Para isso, é imprescindível a aplicação de critérios objetivos para admissão e alta da unidade (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010).

Pensando no custo elevado e na escassez de leitos para tratamento de pacientes em estado crítico, a Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) elaborou critérios para triagem, admissão e alta da UTI com o objetivo de beneficiar pacientes com reais probabilidades de recuperação. Neste sistema, os pacientes são divididos quanto sua prioridade para internação que varia de prioridade 1 à 4, onde 1 são pacientes muito graves e 4 são pacientes sem indicação de admissão (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, 1999).

É necessário que os pacientes tenham tanto indicação de internação na UTI quando a alta da mesma. Para um bom gerenciamento dos leitos, torna-se necessário que os pacientes que não possuem condições de alta da UTI, mas estão hemodinamicamente estáveis sejam encaminhados para uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) quando disponíveis na instituição (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, 1999).

Além do gerenciamento de leitos é de conhecimento a importância do gerenciamento de riscos definida pela Resolução Diretoria Colegiada Nº 07 (RDC-07) publicada pela Agência nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como “a tomada de

decisões relativas aos riscos ou a ação para redução das consequências ou probabilidade da ocorrência de um evento” (BRASIL,2010).

A RDC-07 dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das UTI e está bem posto nesta resolução que tanto o gerenciamento de riscos inerentes às atividades realizadas nas unidades de terapia intensiva quanto às medidas para viabilizar a redução e minimização de eventos como a readmissão de pacientes devem ser priorizados e monitorados (BRASIL, 2010)

A readmissão na UTI é determinada quando ocorre o retorno do paciente em até 3 dias após a alta para a Unidade de Internação ou retorno em até 3 meses após sua alta hospitalar. A primeira é definida como readmissão precoce e a segunda como tardia (JAPIASSÚ *et al.*, 2009).

A readmissão precoce e não programada traz um enorme ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares. Diante desse fato é necessário conhecer o perfil dessa população, com o objetivo de prestar um melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção os cuidados que serão necessários após a alta. Devem-se levar em consideração fatores particulares de cada paciente já que a readmissão pode sofrer influências relacionadas às condições sócio-econômicas do paciente, da estrutura familiar, da disponibilidade de acesso aos medicamentos prescritos e da adesão às orientações médicas (BORGES *et al.*, 2008).

Uma das principais preocupações em relação à taxa de pacientes que retornam as unidades de terapia intensiva se deve à carência de leitos tanto na rede pública quanto na rede privada. A constante falta de leitos para pacientes graves faz com que haja a necessidade de analisar e discutir criticamente as possíveis causas e associações com a readmissão de pacientes na UTI. Essa taxa também expressa a qualidade do atendimento e cuidados prestado ao paciente tornando-se um importante indicador de qualidade avaliado nos movimentos de Acreditação Hospitalar (JAPIASSÚ *et al.*, 2009).

Diante desses problemas torna-se necessário conhecer as estratégias de prevenção que se apresentem com objetivo de reduzir a ocorrência de readmissão na UTI com o intuito de adequar a assistência e planejar com mais atenção os cuidados necessários após a alta da UTI (BORGES *et al.*, 2008).

Sendo assim, foi proposto este estudo que apresenta como questão norteadora: Quais são estratégias de prevenção relacionados à redução da readmissão de pacientes na UTI?

Pretende-se com este estudo levantar os cuidados necessários em torno das melhores práticas na prevenção da readmissão dos pacientes adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva e, neste contexto, revalorizar a programação da alta da UTI visando maior segurança e qualidade aos pacientes que necessitam de cuidados de maior complexidade.

2 OBJETIVO

Identificar as evidências disponíveis na literatura que abordem estratégias para prevenção da readmissão de pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Unidades de Terapia Intensiva: aspectos históricos

O cuidado ao paciente crítico teve início em 1854, na guerra da Criméia, com Florence Nigthingale, que procurou selecionar indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato (LINO; SILVA, 2001). Naquela época, a mortalidade entre os hospitalizados era de 40% e quando Florence partiu com suas voluntárias para ajudar na guerra a mortalidade decresceu para 2%. Em 1914 a SCCM descreve o Dr. Walter Edward Dandy como precursor que estabelece o modelo inicial de três leitos para tratamento intensivo (CHEREGATTI *et al.*, 2011).

Peter Safar, o primeiro médico intensivista na década de 1950, estimulou o atendimento de urgência e emergência. Naquela época, formulou o “ABC primário”, técnica de ventilação boca a boca e a massagem cardíaca. Em 1962 em Baltimore, nos Estados Unidos, foi criada a primeira UTI cirúrgica. Como últimas contribuições, Peter Safar elaborou projetos das ambulâncias de suporte avançado, fundou a Associação Mundial de Medicina e Emergência e Foi fundador da SCCM (CHEREGATTI *et al.*, 2011).

No Brasil, as primeiras unidades de terapia intensiva foram instaladas na década de 60 com a inauguração do UTI do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, e na década de 70, foi criada a Associação de Medicina Intensiva Brasileira que tinha como objetivo normatizar e estruturar os cuidados intensivos (GUIMARÃES, FALCÃO; ORLANDO, 2008).

A RDC N° 7, de 24 de fevereiro de 2010, aborda os aspectos legais para o funcionamento das UTI no Brasil e suas recomendações visam a redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente. Os requisitos estabelecidos por esta resolução trazem recomendações referentes à organização do ambiente, infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais, acesso a recursos assistenciais, ao processo do trabalho, transporte de pacientes, gerenciamento de risco e notificação de eventos adversos, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência aplicando-se em unidades, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares (ANVISA, 2010).

A UTI adulto tem por definição ser uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de

15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição que requerem atenção profissional especializada de forma contínua destinada (ANVISA, 2010).

3.2 Critérios de Admissão e Alta na UTI

Com a finalidade de otimizar o uso dos leitos de UTI a Society of Critical Care Medicine (SCCM) elaborou uma diretriz que defini critérios de admissão e alta na terapia intensiva. A indicação da internação esta relacionada a prioridade, e estas são divididas em quatro níveis sendo eles:

- prioridade 1 : pacientes graves, instáveis que necessitam de tratamento intensivo e de monitoramento que não pode ser dado fora da UTI. Normalmente, esses tratamentos necessitam de suporte ventilatório e de drogas vasoativas contínuas;
- prioridade 2: pacientes que necessitam de acompanhamento intensivo e pode potencialmente necessitar de intervenção imediata.
- prioridade 3: pacientes que possuem uma doença com probabilidade reduzida de recuperação;
- prioridade 4: pacientes que não vão se beneficiar com o tratamento intensivo (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE,1999).

A SCCM recomenda que os pacientes internados na UTI sejam avaliados continuamente para avaliar a indicação de estar ou não sob os cuidados da equipe de terapia intensiva (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE,1999). Com esse objetivo foi criado categorias para ajudar na avaliação de alta. As categorias foram nomeadas como A, B e C. Categoria A, significa que o estado fisiológico do paciente foi estabilizado e não existe a necessidade de acompanhamento e cuidados intensivos devido a resolução do quadro que levou o paciente a UTI. Categoria B, significa que o estado fisiológico de um paciente se deteriorou e intervenções não irão proporcionar a melhora deste paciente. Categoria C, significa que o paciente já atingiu o limite terapêutica (SIAARTI, 2003).

3.3 Readmissão na Unidade de Terapia Intensiva

Nas últimas décadas, com os avanços tecnológicos a monitorização invasiva se tornou muito mais complexa e onerosa para os serviços de saúde. Desta forma, torna-se necessário identificar os fatores indesejáveis para um gerenciamento dos leitos de forma

mais efetiva. A identificação dos pacientes com risco de serem readmitidos, pode auxiliar na atenção clínica, viabilizando a adoção de medidas em tempo adequado para a redução dessas ocorrências, permitindo, assim, atuação preventiva com esses pacientes (SILVA; SOUZA; PADILHA, 2011).

As readmissões podem ser classificadas como prematuras ou tardias. As prematuras são aquelas que ocorrem em até 72hs após a alta da UTI para a Unidade de Internação (UNI) e as tardias são consideradas como aquelas que ocorrem em até 3 meses após a alta hospitalar. Altas taxas de readmissão de pacientes podem indicar uma falha na assistência (JAPIASSÚ *et al.*, 2009).

A readmissão na UTI pode ser classificado como evento adverso por se tratar algumas vezes de uma ocorrência relacionada a alguma falha e/ou erro durante a assistência prestada ao paciente como, por exemplo, a falha na resolução do quadro clínico que levou a primeira internação e iatrogenias ligadas a assistência. Entretanto, ele não deve ser visto todas às vezes como um reflexo de falhas e/ou erros. Esses eventos adversos podem estar relacionados a idade, presença de comorbidades, adesão ao tratamento e recomendações médicas, estrutura familiar e condições socioeconômicas (JAPIASSÚ *et al.*, 2009).

Pensando na escassez de leitos, principalmente na rede pública, torna-se necessário que os gestores identifiquem os fatores iatrogênicos que podem estar levando os pacientes a serem readmitidos. Pensando na ocorrência dos eventos adversos a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu a Política de Segurança do Paciente voltada para a qualidade e segurança do paciente. Essa política engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança, execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco, integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde, uso das melhores evidências disponíveis, transparência, inclusão, responsabilização e a sensibilização (BRASIL, 2013).

3.4 Indicadores de qualidade da assistência prestada na UTI

Atualmente, o foco das instituições hospitalares se encontra sobre a certificação e quanto aos programas de Acreditação. Esses programas propõem a adequação dos processos a um conjunto de padrões que visa garantir a segurança, qualidade e evolução do desempenho hospitalar (CORREA, 2012).

Indicadores são medidas de qualidade apresentadas através de taxas, proporções, índices, percentuais números absolutos ou fatos, utilizados para avaliar e determinar o desempenho de função ou processo ao longo do tempo (CHEREGATTI *et al.*, 2011).

Para Machline e Pasquine (2011) a utilização de indicadores gerenciais é de bastante relevância e a informação obtida auxilia na tomada decisão, nos níveis estratégico, administrativo e operacional. Esses indicadores podem ser classificados em simples ou compostos. Os simples geralmente são autoexplicativos, enquanto os compostos são geralmente o agrupamento de vários indicadores simples, sendo o seu resultado o somatório deles (CHEREGATTI *et al.*, 2012).

Atualmente são utilizados diversos indicadores estratégicos, de processo, de qualidade, de não qualidade, de produtividade, e capacidade, de flexibilidade e de confiabilidade para o monitoramento, planejamento, avaliação e tomada de decisões na UTI (CHEREGATTI *et al.*, 2012).

Na prática profissional em UTI seja prestada de maneira adequada considera-se que a qualidade na assistência intensivista é o ponto chave, uma vez que permite estabelecer intervenções centradas no paciente e sua família (SILVA; SOUSA; MELLO; FERREIRA, 2006). Com esta preocupação a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, define evento adverso como qualquer ocorrência inesperada e indesejável e o gerenciamento de risco como a tomada de decisões relativas aos riscos que os pacientes estão submetidos como a finalidade de reduzir a ocorrência destes eventos (ANVISA, 2010).

A compreensão destes indicadores é entendida como características mensuráveis de produtos, serviços, processos e operações, tornando-se uma ferramenta de grande importância para os gestores na avaliação do processo e para a tomada de decisão para a realização das devidas melhorias a serem realizadas (SILVA, 2003).

Nas gestões de qualidade, a liderança do enfermeiro é de extrema importância, pois cabe a ele identificar e propor medidas para eliminar as causas das falhas através das ferramentas de gestão. Esta ferramenta em questão é o controle, notificação e o gerenciamento dos riscos envolvidos à assistência prestada. O líder, além de ajudar na elaboração do plano de cuidados que objetive a redução destes riscos deve conduzir a

equipe a trabalhar harmonicamente em busca de objetivos que sejam comuns a todos os integrantes desse processo (SILVA, 2003).

A utilização de indicadores e de seus resultados são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados tornando a assistência aos pacientes mais segura. O não gerenciamento ou falha na gestão do líder acarreta várias consequências a instituição como já comprovados em estudos onde 85% dos fracassos são provenientes de falhas nos sistemas controlados por gerentes e apenas 15% das falhas deles podem ser controlados por funcionários (SILVA, 2003).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Referencial teórico: Prática Baseada em Evidências

O crescente avanço do conhecimento e da tecnologia tem se tornado uma preocupação, visto que os profissionais não conseguem acompanhar tais mudanças. Nesse contexto, diante da dificuldade de atualização e da necessidade da adoção de medidas que minimizem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial, surgiu a Prática Baseada em Evidências (PBE) com a finalidade de auxiliar os profissionais na tomada de decisão baseada na melhor e mais recente evidência (DOMENICO; IDE, 2003).

O médico epidemiologista britânico Archie Cochrane iniciou a PBE no campo da medicina com uma abordagem voltada para o cuidado clínico e o ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência que compreende o uso da melhor evidência científica para a tomada de decisão (GALVÃO, 2004).

A PBE envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências científicas disponíveis, implementação das evidências na prática e avaliação dos seus resultados para a tomada de decisão (GALVÃO, 2003).

A prática baseada em evidências não se baseia no uso da pesquisa para guiar a tomada da melhor decisão clínica e sim inclui habilidades baseadas na aplicação formal das regras da evidência, combinando a pesquisa com a melhor experiência clínica (SIMON apud GALVÃO, 2002).

A PBE é definida como um processo que consiste em cinco etapas. A primeira etapa é a identificação do tema levando em consideração problemas clínicos. A segunda etapa consiste na investigação da literatura ou outros recursos relevantes de informações na busca das evidências. A avaliação das evidências em relação à validade, generalização e transferência é definida como a terceira etapa da PBE. A quarta etapa consiste no uso da melhor evidência disponível para o planejamento e tomada de decisão e a quinta e última etapa da PBE é a avaliação em relação a sua própria prática (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Para Galvão (2006) a classificação de evidências proporciona subsídios para auxiliar o enfermeiro na avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e,

consequentemente facilita a incorporação das evidências encontradas à prática clínica, proporcionando um cuidado mais efetivo e com maior custo/benefício.

4.2 Referencial metodológico: Revisão Integrativa

A revisão integrativa tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas para avaliação da melhor prática clínica de forma sistemática e ordenada. É considerado um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica dando suporte para a tomada de decisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa se baseia na construção de uma análise ampla de estudos que proporciona uma reflexão sobre seus resultados. Para a elaboração da revisão integrativa, o pesquisador deve percorrer por seis etapas. A primeira é a identificação do tema e formulação de hipóteses. A questão norteadora deve estar clara e deve conter os descritores. A segunda etapa é o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão. Nesta etapa o pesquisador estabelece quais serão os trabalhos incluídos e excluídos utilizando critérios (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A terceira etapa é a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados utilizando um instrumento de coleta de dados para reunir e sintetizar as informações. Após esta etapa é realizada a avaliação dos resultados incluídos na revisão integrativa de forma bastante detalhada para garantir a confiabilidade do trabalho. Essa análise deve ser realizada de maneira crítica procurando explicações dos diversos resultados. Para isso os estudos são categorizados quanto ao seu nível de evidência. A quinta etapa é a interpretação dos resultados usando a comparação com os conhecimentos teóricos. A última etapa é a síntese do conhecimento que consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Durante a avaliação dos resultados os estudos devem ser categorizados quanto o seu nível de evidência. Existem sete níveis de evidência, o nível 1, trata-se de evidências encontradas em revisões sistemáticas ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECRC; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências

provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT,2005).

Este método é considerado o mais abrangente devido à possibilidade de variar na composição de sua amostra, pois permite a combinação de dados da de literatura teórica e empírica podendo o revisor analisar tanto teorias quanto estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta.

Para este estudo foram adotadas as seis etapas da metodologia de Ganong (2004), indicadas para a revisão integrativa de literatura, quais sejam: 1) Delimitação do tema para a revisão; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) demarcação das características da pesquisa a ser revisada, 4) análise crítica dos dados; 5) interpretação dos resultados a partir da relação entre as teorias; 6) divulgação da revisão de forma clara e objetiva, evidenciando a análise crítica.

5.2 Delimitação do Tema

A questão norteadora foi elaborada, tendo como base a estratégia PICO (Quadro 1), acrônimo no idioma inglês que, em português, corresponde a paciente, intervenção, comparação e resultados (desfecho). Esta estratégia auxilia na elaboração da pergunta clínica e na identificação dos descritores que serão utilizados para a localização dos estudos, permitindo maximizar a recuperação de evidências nas bases de dados e focar o escopo da pesquisa (SOUSA, SILVA, CARVALHO; 2010).

Quadro 1 - Descrição da estratégia de PICO para elaboração da pergunta de pesquisa

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou População	Pacientes adultos readmitidos na Unidade de Terapia Intensiva
I	Intervenção	Estratégias para a prevenção da readmissão de pacientes adultos em Unidades de Terapia Intensiva
C	Controle ou comparação	A comparação poderia ser com estratégia padrão adotada pela unidade ou com nenhuma estratégia
O	Outcomes ou Desfechos	Qualquer estratégia de intervenção que abordasse a prevenção ou redução da ocorrência de readmissão de pacientes adultos na UTI

Fonte: SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C.; A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007.

Desta forma, a questão norteadora elaborada para a presente revisão integrativa foi: Quais são estratégias de prevenção relacionados à redução da readmissão de pacientes na UTI?

5.3 População e Amostra

A população foi selecionada utilizando-se os recursos de metapesquisa oferecidos pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que permite a consulta simultânea às principais fontes de informação desta base de dados. Optou-se pela pesquisa via descritores DeCS/MeSH (Descritores em Ciência da Saúde adaptados do Medical Subject Headings), que é composta por um vocabulário controlado da área da saúde. Os descritores selecionados foram: Unidades de Terapia Intensiva (*Intensive Care Units / Unidades de Cuidados Intensivos*) e Readmissão do Paciente (*Patient Readmission / Readmisión del Paciente*). Com o intuito de ampliar a pesquisa optou-se também por utilizar o descritor não controlado: Prevenção (*Pevention / Prevención*).

Foram elencados como critérios de inclusão todos os estudos que abordassem estratégias de prevenção relacionadas à readmissão de pacientes adultos internados na UTI e que se enquadrassem nas seguintes características:

- Publicação nos idiomas português, inglês e espanhol.
- Delineamento – Quantitativo.
- Período de publicação: 2003 a 2013.

Foi definido como critério de exclusão: estudos que se repetem nas bases de dados.

Considerando o tema abordado foi realizada uma busca inicial utilizando seguintes descritores: “Unidades de Terapia Intensiva”, “Readmissão de pacientes” e “Prevenção”. A pesquisa resultou em achados positivos em quatro bases que compõem a área de Ciências da Saúde em Geral da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Registro de ensaios clínicos controlados (CENTRAL), Avaliações Econômicas (NHS-EED), Avaliações Econômicas Revisadas (NHS-EED) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), totalizando uma população de 24 artigos, conforme apresentado na Tabela 1.

TABELA 1

Seleção de população e amostra de estudos indexados na BVS, segundo base de dados de indexação. Belo Horizonte, 2013.

FONTE	POPULAÇÃO	Estratégia de Busca	AMOSTRA
CENTRAL	2	[[MH] "Unidades de Terapia Intensiva" and "Readmissão Hospitalar" and "Prevenção"	0
(NHS-EED-Avaliações Econômicas)	1	[[MH] "Unidades de Terapia Intensiva" and "Readmissão Hospitalar" and "Prevenção"	0
(NHS-EED - Avaliações Econômicas Revisadas)	1	[[MH] "Unidades de Terapia Intensiva" and "Readmissão Hospitalar" and "Prevenção"	0
MEDLINE	20	[[MH] "Unidades de Terapia Intensiva" and "Readmissão Hospitalar" and "Prevenção"	5
TOTAL	24	_____	05

Fonte: Dados do Estudo.

Conforme a tabela 1, dos 24 artigos que compunham a população 1 artigo se repetiu nas bases de dados NHS-EED e MEDLINE, 6 foram excluídos por se tratarem de publicações que envolviam recém nascidos e crianças, 9 artigos por terem o ano de publicação inferior a 2003 e 1 artigo por estar publicado em francês.

Dos 7 artigos restantes 02 foram excluído por não abordarem especificamente as estratégias de prevenção de readmissão do paciente na UTI. Um abordava estratégia para controlar surtos nasocomiais e proporcionar aumento da capacidade do hospital e o outro tinha como objetivo descrever o conhecimento dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva sobre insuficiência cardíaca.

Sendo assim, a amostra deste estudo foi composta por cinco artigos.

5.4 Variáveis de Estudo

Foram elencadas como variáveis do estudo:

- Identificação das publicações (fonte, ano de publicação, país de publicação, periódico e delineamento);
- Área de interesse (objetivo, característica da população e amostra estudada, método, análise de dados);
- Descrição das estratégias de prevenção relacionadas à readmissão de pacientes adultos internados em UTI.

5.5 Análise dos artigos selecionados

Primeiramente, foi realizada uma leitura dos artigos com o preenchimento do instrumento de coleta de dados e, posteriormente, ocorreu a análise descritiva desses. A análise foi realizada de forma crítica, na busca por respostas para a pergunta norteadora de maneira imparcial. Foi montado um banco de dados para que as informações fossem compiladas e facilmente visualizadas.

Nesta etapa os estudos foram categorizados quanto ao nível de evidência científica. Para essa categorização foi utilizada a classificação elaborada por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) que propõe sete níveis de evidência e engloba estudos com abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas conforme mostrado no Quadro 2.

QUADRO 2

**Categorização segundo a evidência científica segundo Melnyk e Fineout-Overholt
(2005)**

Nível de Evidência	Tipo de Estudo
I	Evidência proveniente de revisões sistemáticas ou metaanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) relevantes, ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECRC.
II	Evidência obtida de pelo menos um ECRC bem delineado
III	Evidência obtida de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidência proveniente de estudo caso-controle ou estudo de coorte bem delineado.
V	Evidência proveniente de revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos.
VI	Evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Evidência oriunda da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Fonte: MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005, p. 10.

5.6 Interpretação dos resultados

Neste momento, é necessária uma discussão dos resultados encontrados baseando na fundamentação teórica descrita na literatura para que haja a elaboração da conclusão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta etapa se evidenciou através de uma análise descritiva amparada nas referências. Na discussão, outros autores foram citados no intuito de enriquecer os dados obtidos e possibilitar uma correlação de informações entre os estudiosos do tema.

5.7 Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Nesta fase, as evidências disponíveis na literatura foram reunidas e sintetizadas, para a produção do conhecimento acumulado sobre o tema pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Esta fase foi concluída com a divulgação da resposta à pergunta norteadora: Quais são estratégias de prevenção relacionados à redução da readmissão de pacientes na UTI?

6 RESULTADOS

Os cinco artigos que compuseram a amostra deste estudo foram publicados no idioma inglês e são oriundos de periódicos médicos.

A distribuição dos artigos quanto ao ano de publicação e país de origem está apresentada no Quadro 3.

QUADRO 3

Distribuição dos estudos quanto ao ano e país de publicação

Nº do Estudo	ARTIGO	País / Ano de publicação
1	NISHI <i>et al.</i> Analysis of causes and prevention of early readmission to surgical intensive care	Estados Unidos / 2003
2	MATSUOKA Y; ZAITSU A; HASHIZUME M. Investigation of the cause of readmission to the intensive care unit for patients with lung edema or atelectasis.	Japão / 2008
3	CAMP <i>et al.</i> Quality improvement program increases early tracheal extubation rate and decreases pulmonary complications and resource utilization after cardiac surgery.	Estados Unidos / 2009
4	RAIKHELKAR <i>et al.</i> The efficacy of post-cardiopulmonary bypass dosing of vancomycin in cardiac surgery.	Estados Unidos / 2010
5	DELANEY C.P <i>et al.</i> Evaluation of clinical outcomes with alvimopan in clinical practice: a national matched-cohort study in patients undergoing bowel resection.	Estados Unidos / 2012

Fonte: Dados do Estudo.

Em relação aos objetivos dos estudos, apenas o estudo 1 buscava analisar as causas de readmissão em uma UTI para determinar se a readmissão poderia ser prevista e com os resultados obtidos recomendar medidas preventivas de forma geral. Os estudos

subsequentes buscavam relação causal com a readmissão em UTI abordando aspectos específicos como patologia ou uso de medicamentos. O estudo 2 artigo investigava quais eram as causas que levavam os pacientes a serem readmitidos com o quadro de edema agudo de pulmão (EAP) ou atelectasia e os demais estudos avaliavam a eficácia de medicamentos e de intervenções para diminuir complicações dos pacientes internados na UTI, e uma das complicações citadas em todos era a readmissão após a alta.

Os objetivos e demais características dos estudos estão apresentados no Quadro 4.

QUADRO 4

Características dos estudos com categorização do Nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2005)

Nº do Estudo	01	02	03	04	05
Objetivo	Analisar as causas de readmissão em uma UTI para determinar se a readmissão pode ser evitável.	Investigar a causa de Edema Agudo de Pulmão ou Atelectasia que levam a readmissão	Avaliar os benefícios da extubação precoce em pacientes que realizaram cirurgia cardíaca	Determinar a eficácia do uso da Vancomicina em pacientes que realizaram cirurgia cardíaca.	Avaliar os resultados clínicos no uso de Alvimopan em pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica de ressecção intestinal
População/Amostra	10.840 pacientes	21 pacientes	Caso (980 pacientes) Controle (1.231 pacientes)	34 pacientes	3.525 receberam intervenção; 65.743 pacientes não receberam intervenção:
Delineamento	Coorte Retrospectiva	Coorte Retrospectiva	Estudo de caso-controle	Estudo epidemiológico descritivo	Coorte Retrospectiva
Nível de Evidência	IV	IV	IV	VI	IV
Resultados	0,89% das readmissões ocorreram em até 48hs; Idade não influencia na ocorrência. A maioria das	O ganho de peso durante a internação na UTI em mais de 10% aumenta a chance do paciente retornar	Extubação precoce foi associada com uma menor taxa de: pneumonia (razão de	As dosagens de Vancomicina variaram entre 4 a 19,3 mg/ml tendo média	Comparações de taxas: Complicações SGI (29,8% vs 35,7%); Mortalidade (0,4% vs

	readmissões são devido causa respiratórias (37,1%) e neurológicas (24,7%).	a UTI em até 3 dias	chances [OR] = 0,35 Sepse OR = 0,38 Comprimento UTI prolongado de internação OR = 0,42; Tempo de internação hospitalar OR = 0,37 Readmissão na UTI OR = 0,55 Reintubação OR = 0,53	9,3mg/ml. O tempo médio de CEC observado foi de 145,3min. A maioria dos pacientes foram submetidos a uma CEC com leve hipotermia	1%); Tempo de internação na UTI (0,3% vs 0,6%) e Readmissão (9,3% vs 11,2)
Análise	Teste T Pareado e QUI-Quadrado Nível de significância 5%.	Correlação Linear	Teste QUI-Quadrado e Exato de Fisher Nível de significância 5%.	Estatística Descritiva	Teste de comparação de média e proporção, nível de significância 5%.
Conclusões	Cuidadosa avaliação neurológica e cuidados respiratórios podem diminuir significativamente a necessidade de readmissão.	O ganho de peso na primeira internação na UTI tem uma relação negativa com a taxa de readmissão. Os autores aconselham um controle do Balanço hídrico rigoroso com o objetivo de evitar congestão	A extubação precoce foi associado a menor taxa de pneumonias, sepse, reintubação, tempo de internação na UTI, tempo de internação hospitalar e readmissão.	A dupla dosagem de Vancomicina intra-operatório resultou em concentrações séricas acima da Concentração mínima Inibitória para a maioria dos agentes patogênicos. A eficácia causa uma diminuição de problemas como mortalidade, morbidade e reduz a readmissão.	Os pacientes que fizeram uso de Avimopan tiveram uma taxa menor de problemas gastrointestinais, morbidade e custo com readmissão foi menor no grupo Caso do que no grupo controle.

Fonte: Dados do Estudo.

Todos os estudos trazem abordagem quantitativa, sendo a maioria (3-60,0%) estudos de coorte retrospectiva.

7 DISCUSSÃO

Em relação às características dos estudos analisados foi evidenciado que a maioria (4-80%) das pesquisas foram desenvolvidas nos Estados Unidos. Este dado é de extrema importância visto que as características das UTI deste país diferem do nosso em relação à formação dos profissionais e disponibilidade e acesso a tecnologia de ponta.

Baseado nos níveis de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), verificou-se que quatro estudos possuem nível de evidência IV, pois apesar de não terem sido encontrados estudos de intervenção todos os artigos analisados apresentaram delineamento observacional e de relação causal com a ocorrência de readmissão de pacientes em UTI adulto. Borges *et al.* (2003) destacam que a utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da prática baseada em evidências e a utilização de resultados das evidências oriundas de pesquisas auxiliam na tomada de decisão.

Foram utilizadas diferentes técnicas de análises estatísticas de dados. Os estudos utilizaram um nível de significância considerável de baixa probabilidade (5%). A estatística descritiva foi utilizada no **estudo 4** através de medidas de posição e dispersão como médias, mínimos, máximos, desvios-padrão e intervalos de confiança para média e proporção. A correlação linear foi utilizada no **estudo 2**, técnica esta que quantifica a relação existente entre duas variáveis quantitativas, seja diretamente ou inversamente proporcional. Os testes de comparação de média e teste t-pareado foram utilizados no **estudo 1 e 5**. Esses testes avaliam o quanto que uma diferença entre médias pode ocorrer para que essas amostras podem ser consideradas de uma mesma população, ou seja, possam ser consideradas iguais. Nos estudos em que as variáveis eram qualitativas, ou seja, dados não numéricos como sexo, por exemplo, o teste estatístico utilizado foi o Qui-Quadrado como nos **estudos 1 e 3**. E quando as suposições necessárias para se utilizar o teste Qui-Quadrado não eram cumpridas, foi então utilizado, o teste Exato de Fisher como no **estudo 3** (TRIOLA, 2008).

Apenas o **estudo 3** utilizou técnicas estatísticas mais avançadas. Regressão Logística no caso. A regressão logística é uma técnica multivariada que busca definir variáveis que influenciam em uma determinada resposta que deve ser sempre ausência ou presença. Além de definir quais variáveis têm influência na resposta, a regressão logística também quantifica essa influência através da Razão de Chances (O.R. Odds Ratio em inglês). A razão de chances determina quantas vezes a mais uma determinada característica, tem chances de pertencer ao grupo de interesse em relação à outra característica (TRIOLA, 2008).

Os estudos selecionados abordam o tema central desta pesquisa sob perspectivas distintas, porém todos trazem estratégias de prevenção relacionadas à redução da readmissão de pacientes em unidades de terapia intensiva.

A readmissão na UTI é evento relacionado à maior gravidade e mortalidade e torna-se necessário identificar fatores associados e medidas de prevenção. O **estudo 1** indica que as causas mais frequentes de readmissão do paciente na UTI estão ligadas a problemas pulmonares e neurológicos (37,1% e 24,7%) respectivamente. Os autores concluem que para diminuir a readmissão por essas causas é necessário que seja realizado uma avaliação criteriosa dos pacientes com o objetivo de avaliar o padrão respiratório e neurológico antes deste paciente receber alta do UTI. Desta forma, o paciente é triado quanto sua condição de receber alta do UTI e aos riscos relacionados as complicações após a alta diminuindo a probabilidade de retornar a UTI.

O **estudo 2** investiga as causas de readmissão de pacientes com o quadro de EAP ou atelectasias. Com esse estudo foi observado que o ganho de peso durante a internação na UTI pode trazer consequências negativas ao paciente. Foi observado que o ganho de peso em até 10% aumenta a chance do paciente ser readmitido em até 3 dias após sua alta da UTI. Para os autores, primeiramente o paciente perde massa muscular (0-0,5kg/dia) durante o repouso e após essa perda de massa muscular ele começa a adquirir peso devido o excesso de volume recebido. Desta forma, como medida preventiva os autores sugerem que seja realizado um controle hídrico rigoroso para evitar o ganho de peso do paciente durante o tempo que o mesmo estiver na UTI. Essa estratégia além de reduzir a ocorrência de readmissões na UTI proporcionam extubação precoce uma vez que o tempo de permanência com o tubo orotraqueal foi relacionado ao ganho de peso corporal. Ou seja, quanto maior for o ganho de peso do paciente, maior o tempo de intubação.

Japiassú *et al.* (2009) afirmam que as readmissões devem ser avaliadas em cada unidade de forma independente, porque as chances e variáveis estudadas podem ser heterogêneas em diferentes UTI e hospitais. Pensando desta forma os **estudos 3 e 4** apresentam resultados que podem contribuir para uma melhor assistência nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

O **estudo 3** aponta a extubação precoce, em até 6hs após o procedimento cirúrgico. Foi evidenciado neste estudo que houve uma menor taxa de pneumonia, sepse, tempo de internação hospitalar, tempo de internação na UTI, taxa de reintubação e readmissão. Já o **estudo 4** analisa os efeitos da profilaxia de infecções através da

administração de doses de vancomicina no intra-operatório, antes da incisão cirúrgica e durante a circulação extracorpórea (CEC) para inibição de agentes patogênicos. Os resultados mostraram que esta conduta contribui para a redução da ocorrência de sepse e consequentemente diminuição do tempo de internação e do risco de readmissão na UTI.

Numa abordagem bem específica o **estudo 5** avalia pacientes submetidos a cirurgia de laparoscopia aberta para ressecção de colón e reto o uso de Alvimopan. Trata-se de uma medicação da classe antagonistas dos receptores da ação periférica de opióides. Ele funciona protegendo o intestino a partir dos efeitos da constipação de causada por opióides usados para o controle algico. O uso desta medicação ajuda o intestino a se recuperar mais rapidamente. Essa associação resultou em uma diminuição da mortalidade e morbidade. As morbidades mais citadas neste estudo são problemas cardiovasculares, pulmonares, infecciosas e tromboembólicas. Os autores evidenciaram que com o uso desta medicação ocorreu uma diminuição na permanência na UTI e que os gastos com readmissão foram reduzidos, uma vez que estas admissões foram reduzidas.

De acordo com o exposto na discussão dos artigos, cabe ressaltar que a incorporação destas medidas na prática terapêutica pode contribuir para a redução dos índices de readmissão do paciente na UTI e consequentemente reduzir as taxas morbidade e mortalidade relacionada a esse evento.

8 CONCLUSÃO

Através da revisão integrativa, foi possível responder a pergunta da pesquisa: Quais são estratégias de prevenção relacionados à redução da readmissão de pacientes na UTI?

A maioria das estratégias identificadas apresentam nível de evidência IV e incluem ações gerais: avaliação rigorosa do paciente antes de receber a alta da UTI e o controle do ganho e da perda de líquidos durante a permanência na UTI, e ações específicas: extubação precoce do paciente em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca, e uso do medicamento Alvimopan em pacientes em pós operatório de cirurgia do TGI. Todas estas estratégias mostraram-se eficazes no auxílio da recuperação de pacientes internados em UTI e na redução de complicações, tempo de permanência e taxas de readmissão.

A estratégia específica: uso da Vancomicina no intra-operatório de a cirurgia cardíaca indicou benefício na redução da readmissão de pacientes em UTI porém apresenta nível de evidência VI.

Foi observado que existem poucos estudos sobre o tema em questão. Desta forma torna-se necessário que mais estudos sejam realizados para auxiliar na tomada de decisão e na elaboração de protocolos que diminuam as taxas de readmissão na UTI. Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir para motivar novos estudos com o objetivo de aprimorar o gerenciamento de leitos de forma mais efetiva e menos onerosa.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Resolução - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < <http://www.amib.org.br>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

BORGES, F. K.; SOLIMAN, F.; PIRES, D. O; SELIGMAN, R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. **Revista do Hospital das clínicas de porto Alegre**. Univ. Fed. Rio. Gd. do sul, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 3, p. 147-152, 2008. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/>> Acessado em 03 de out. 2012.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º DE Abril de 2013. Ministério da Saúde. 2013 . Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html/> Acessado em 03 de abril. 2013.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultado de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 46, p.67-74, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

CHEREGATTI, A. L. et al. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo. Martinari, 2011.

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C.; Enfermagem baseada em Evidências: Princípios e aplicabilidades . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 1, p.115-118, 2003. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlaenf > Acessado em 03 de out. 2012.

ELLIOTT, M.; Readmission to Intensive care: a review of the literature. **Australian Critical Care**. V. 19, n. 3, p. 96-104, 2006. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 30 out. 2012.

GALVÃO, C. M. A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória [livedocência] Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Ribeirão Preto, v.37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 12, n. 3, p.549-556, 2004. Maio - Junho. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 11 dez. 2012.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem** , São Paulo, v. 19, n. 2, 2006.

GUIMARAES, H. P.; ORLANDO, J. M. C.; FALCAO, L. F. R.; **Guia Prático de UTI da AMIB**. AMIB, v. 1, p. 3-14, 2008.

JAPIASSÚ, A. M. et al. Fatores preditores precoces de reinternação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 4, p. 353-358, 2009. <www.scielo.br>. Acesso em: 11 dez. 2012.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, v. 41, n. 4, p. 25-29, 2001. <www.scielo.br>. Acesso em: 10 dez. 2012.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. **A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C. P; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, 2008. <www.scielo.br>. Acesso em: 11 dez. 2012.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C.; A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 21 nov. 2012.

SIAART, L. G. Guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care. **Minerva Anesthesiology**, v. 69, p.101-18, 2003.

SILVA, M. C. M; SOUSA, R. M. C; PADILHA K. G. Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p.88-94, 2010.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage. Pediatrics, **American Academy Of pediatrics**. v. 103, n. 4, p. 840-842, 1999. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2012.

TRANQUITELLI, A. M; CIAMPONE, M, H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. **Revista Escola Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v.41, n. 3, p. 371-377, 2007. <www.scielo.br>. Acesso em: 11 dez. 2012.

TRIOLA, M. F.; **Introdução a Estatística**. Editora LTC, São Paulo, 10ª edição, 2008.

SCHWONKE, C. R. G.; LUNARDI, W. D.; LUNARDI, V. L.; SANTOS S. S. C.; BARLEM, E. L. D.; Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v 64, n.1, p 189-192. 2011. <www.scielo.br>. Acesso em: 04 nov. 2012.

APÊNDICE

Apêndice 1 – Instrumento para coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO	
TÍTULO DO ARTIGO	
NOME DO PERIÓDICO	
ANO DE PUBLICAÇÃO	
PAÍS	
IDIOMA	
AUTOR(ES)	1. NOME; LOCAL DE TRABALHO; GRADUAÇÃO
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
TIPO DE PUBLICAÇÃO	
OBJETIVO	
DELINEAMENTO	
TIPO DE ESTUDO / NÍVEL DE EVIDENCIA	
AMOSTRA (SELEÇÃO, TAMANHO)	
ANÁLISE (TRATAMENTO ESTATÍSTICO E NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA)	
RESULTADOS	

IMPLICAÇÕES (CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES)	