

ARTIGO

Título: A Atenção Domiciliar como tecnologia de desospitalização em pacientes anticoagulados

Resumo

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo descrever as potencialidades da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) como tecnologia efetiva na desospitalização de pacientes anticoagulados, descrevendo as indicações da anticoagulação e avaliando os potenciais benefícios e complicações - como reinternações, sangramentos, tromboembolismo e mortalidade. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de 429 pacientes anticoagulados admitidos pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD-GHC), no período de 2009 a 2016, no município de Porto Alegre, RS. Os principais desfechos avaliados foram a reinternação em 30 dias e o ICCharlson como preditor de risco. **Resultados:** Dentre os principais resultados, as indicações de anticoagulação foram 178 (41,5%) pacientes por trombose venosa profunda, 65 (15,2%) por tromboembolismo pulmonar e 155 (36,1%) por fibrilação atrial. Houve baixa taxa de reinternação geral e, em até 30 dias, 16,8% e 9%, respectivamente. Entre as reinternações relacionadas à anticoagulação, apenas 3,3% (n=14) foram por sangramentos e 0,5% (n=2) por TEV. Os óbitos foram 1,4% (n=6), por causas não relacionadas à anticoagulação. Pacientes egressos da emergência apresentaram fator protetor para reinternação e o ICCharlson demonstrou ser um preditor para reinternação nas análises bivariadas e multivariadas com significância estatística (IC=95%; $P < 0,05$). **Conclusão:** A Atenção Domiciliar pode contribuir como tecnologia em saúde na desospitalização de pacientes anticoagulados, acelerando a liberação de leitos no SUS e diminuindo o tempo de permanência hospitalar, principalmente, na emergência, com uma baixa taxa de reinternação, demonstrando segurança e efetividade.

Palavras chave: serviços de assistência domiciliar; anticoagulantes; alta hospitalar; índice de gravidade de doença; readmissão do paciente.

Abstract

Home care as a dehospitalization technology for anticoagulated patients

Objective: The objective of this study was to describe the potential of Home Care in the Unified Health System (SUS) as an effective technology in the dehospitalization of anticoagulated patients, describing the indications of anticoagulation and evaluating the potential benefits and complications, such as readmissions, bleeding, thromboembolism and mortality. **Methods:** This is a cross-sectional study of 429 anticoagulated patients admitted to the Grupo Hospitalar Conceição Home Care Program (PAD-GHC) from 2009 to 2016 in the city of Porto Alegre, RS. Main outcomes evaluated were 30-day rehospitalization and Charlson Comorbidity Index (CCI) as a predictor of risk. **Results:** Among the main results, anticoagulation was recommended to 178 (41.5%) patients with Deep Vein Thrombosis (DVT), 65 (15.2%) with Pulmonary Embolism (PE) and 155 (36.1%) with Atrial Fibrillation (AF). General readmission rate and readmission rate within 30 days were low, 16.8% and 9%, respectively. Among readmissions related to anticoagulation, only 3.3% (n = 14) were due to bleeding and 0.5% (n = 2) due to Venous Thromboembolism (VTE). Deaths were 1.4% (n = 6), for reasons not related to anticoagulation. Emergency patients presented a protective factor for rehospitalization and Charlson Comorbidity Index (CCI) was shown to be a predictor for readmission in the bivariate and multivariate analyses with statistical significance (CI = 95%, P <0.05). **Conclusion:** Home care can contribute as a health technology to the de-hospitalization of anticoagulated patients, accelerating the release of beds in the SUS and reducing hospital stay, especially in emergency rooms, with a low rate of rehospitalization, with safety and effectiveness.

Keywords: home care services; anticoagulants; patient discharge; severity of illness index; patient readmission.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e a melhora das condições sanitárias e econômicas aumentam a prevalência de condições crônico-degenerativas não transmissíveis. Esse processo de transição exige o desenvolvimento de políticas públicas em saúde capazes de responder às novas demandas ^{1,2,3,4}.

Nesse contexto, as doenças com indicação de anticoagulação passam a impactar, significativamente, na morbidade e mortalidade da população e nos serviços de saúde.

Atualmente, segundo dados do DATASUS, estima-se em torno de 110 mil internações hospitalares/ano devido a eventos de tromboembolia venosa e arritmias cardíacas no País, equivalente a 80 internações/ano por 100.000 habitantes no SUS. Como as principais indicações para anticoagulação, destacam-se a trombose venosa profunda (TVP), o tromboembolismo pulmonar (TEP), fibrilação atrial (FA), prótese valvar mecânica, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave e infarto agudo do miocárdio (IAM) ²⁰.

A partir de 1988, começaram os primeiros estudos na literatura, demonstrando a viabilidade e a segurança da anticoagulação no domicílio, com heparina para TVP ⁵. Diante do impacto que essas patologias causam na otimização de leitos e recursos hospitalares, cada vez mais, faz-se necessário uma maior adesão dos profissionais médicos e instituições hospitalares na implementação do tratamento domiciliar.

Nesse contexto, em 2011, o Ministério da Saúde cria o Programa Melhor em Casa e a Atenção Domiciliar (AD) surge como modelo de atenção em saúde, com potencialidade para cuidados de uma parcela da população, exercendo um importante papel nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar é a “desospitalização” tanto na fase pré como na pós-hospitalar, aumentando, consequentemente, a rotatividade de leitos e acelerando o processo de alta hospitalar ^{2,3,6}.

Nesse sentido, como um número significativo de pacientes anticoagulados ocupam leitos com, aproximadamente, 500 internações/ano no HNSC tanto nas salas de emergência como nas unidades de internação hospitalar, a AD apresenta-se como uma tecnologia com potencial de auxiliar na diminuição do tempo de internação e na redução da superlotação hospitalar como consequência¹⁰. A

realização do presente estudo é motivada pela escassez na literatura de trabalhos dessa natureza em serviços de AD no País.

Métodos:

Trata-se de um estudo transversal com 429 pacientes anticoagulados admitidos pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD-GHC), no período de 2009 a 2016, no município de Porto Alegre, RS. Foram utilizados dados primários e secundários coletados em prontuário eletrônico e em banco de dados institucional, respectivamente.

Os diagnósticos das doenças com indicação de anticoagulação foram definidos pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). As principais patologias identificadas foram trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), fibrilação atrial (FA) e prótese valvar mecânica, além de cardiopatias, doenças arteriais obstrutivas periféricas e eventos isquêmicos cerebrovasculares. Foram coletados dados demográficos e referentes ao acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): idade, sexo, tempo médio de permanência (TMP), número de visitas domiciliares (VD), indicações de anticoagulação, motivos de reinternação, mortalidade, serviço de origem do paciente, referência na atenção básica, Índice de Comorbidade de Charlson (ICCharlson⁷) e fármacos utilizados.

O ICCharlson é utilizado no prontuário eletrônico da instituição desde 2008. Seu preenchimento é compulsório e realizado pelo médico na admissão e na alta do SAD. O score do ICCharlson é obtido por meio do somatório de pontos de cada patologia presente, podendo variar de zero a 29 pontos (ANEXO A). Embora utilizado amplamente para avaliar predição de mortalidade, é uma ferramenta para classificar a gravidade dos pacientes e tem sido utilizada na literatura para predição clínica de reinternação. O índice é composto pelas seguintes comorbidades: infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença cerebrovascular, demência, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença do tecido conjuntivo, doença ulcerosa, hepatopatia, diabetes, doença renal moderada a grave (creatinina >3,0 mg/dL), hemiplegia, linfoma/mieloma, leucemia/policitemia vera, tumor, AIDS e câncer metastático (ANEXO A) ^{7,8,9}.

Os pacientes foram acompanhados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) compostas por médicos de família e comunidade (MFC),

enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e assistentes sociais, recebendo de uma a três visitas domiciliares semanais.

Em relação aos critérios de inclusão, foram incluídos os pacientes anticoagulados por meio dos registros médicos do PAD/GHC, no período de janeiro de 2009 até dezembro de 2016. Os critérios de exclusão foram: casos de mudança de endereço, institucionalização ou recusa em receber cuidado domiciliar por período maior (evasão).

Foi utilizado um instrumento específico para a coleta de dados (APÊNDICE I). Os dados coletados por meio do instrumento foram, inicialmente, codificados para facilitar a análise. As variáveis foram analisadas após a exclusão dos óbitos. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio padrão (distribuição simétrica) ou mediana e intervalo interquartil (distribuição assimétrica). As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. Para análise dos fatores de risco para reinternação tanto geral quanto até 30 dias, foi utilizada a regressão de Poisson com variâncias robustas simples e múltiplas, que estima a razão de prevalências com intervalo de confiança de 95%. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ ^{11, 12}. A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0.

Este estudo foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o parecer nº 1.999.165, e está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados:

Entre janeiro de 2009 e dezembro de 2016, foram admitidos 429 pacientes anticoagulados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), representando 13 % dos pacientes maiores de 18 anos acompanhados pelo SAD no período. O tempo médio de permanência (TMP) foi de 50,7 ($\pm 36,9$) dias, sendo realizadas em média 13 visitas domiciliares (VD), em pacientes com idade média de 64,9 ($\pm 16,4$) anos e, em sua maioria, mulheres (58,7%). Dentre as indicações de anticoagulação, 178 (41,5%) pacientes estavam por TVP, 65 (15,2%) por TEP e 155 (36,1%) por FA (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra

Variáveis	Amostra (n=429)
IDADE (anos)	64,9±16,39
SEXO	
Masculino	177 (41,3%)
Feminino	252 (58,7%)
PERMANÊNCIA (dias)	
Média	50,7 ±36,9
Mediana	43 (26 ; 65)
NÚMERO VD	
Média	13,1 ±10,7
Mediana	10 (6 ; 16)
ICCHARLSON (mediana)	4 (1,0 ; 6,0)
TVP	178 (41,5%)
TEP	65 (15,2%)
FA	155 (36,1%)
VÁLVULA	30 (7%)
OUTROS	58 (13,5%)
REINTERNARAM	
Não	351 (83,2%)
Sim	72 (16,8%)
REFERÊNCIA	
UBS	241 (56,2%)
ESF	188 (43,8%)
ORIGEM	
Hospital	
Medicina Interna	134 (31,3%)
Emergência	120 (28%)
Neurologia	56 (13%)
Cardiologia	38 (8,9%)
Outros	74 (17,3%)
UPA/UBS/ESF	7 (1,5%)
MEDICAMENTOS	
Varfarina	423 (98,6%)
Enoxaparina	106 (24,7%)
Outros	3 (0,7%)
ÓBITOS	6 (1,4%)

ICCharlson= índice de comorbidade de Charlson ¹²; Média com desvio padrão; Mediana com intervalo interquartilico (P25;P75).

Fonte: elaborada pelo autor.

As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (47,8%), insuficiência cardíaca (IC) (22,1%), diabetes mellitus (18,7%) e neoplasias (10%).

Necessitaram de reinternação hospitalar 72 (16,8%) pacientes devido a intercorrências clínicas, destes, 35% tinham IC e 26,5%, neoplasias. Dentre as reinternações relacionadas às possíveis complicações da anticoagulação, 14 (3,3%) foram devido a sangramentos e 2 (0,5%) por tromboembolismo venoso. Entre os pacientes com sangramento, apenas 4 apresentaram tempo de protrombina supratrapêutico e 3 tiveram sangramento maior. Entre as 72 reinternações, as principais causas foram: infecciosas (26,4%), sangramentos (19,5%),

cardiovasculares (9,8%) e neoplasias (7%). Foram a óbito domiciliar 6 (1,4%) pacientes, destes, 4 por terminalidade, 1 por IAM e 1 por pneumonia. Com relação à referência de atenção básica/atenção primária à saúde dos pacientes, 56,2 % (n=241) pertenciam a Unidades Básicas de Saúde tradicionais - serviços compostos por clínicos gerais, pediatras e ginecologistas e que não trabalham na lógica da APS. Quanto à origem dos pacientes encaminhados ao SAD, 31,3% (n=134) eram de unidades de internação da Medicina Interna, 28% (n=120) da Emergência, 13% (n=56) da Neurologia e 8,9% (n=38) da Cardiologia. Entre os pacientes vindos da Emergência, 65 (54%) permaneceram até 3 dias e 41 (34%) até 2 dias na sala de emergência. Entre os fármacos, foi utilizado Varfarina por 98,6% (n=423) dos pacientes e Enoxaparina por 24,7% (n=106).

Na análise estatística bivariada para reinternação geral, não houve diferença significativa entre homens (15,5%) e mulheres (18,1%) (RP=0,86; IC95%=0,56-1,33; p=0,49). Os pacientes egressos da Emergência apresentaram fator protetor para reinternação (10,1%) comparados com as unidades de internação (19,7%) (RP=0,51; IC95%=0,29-0,92; p=0,024). O ICCharlson⁷, cujo valor mediano na amostra foi 4 (IIQ=1,0;6;0), é fator preditor para reinternação com escore 6 (IIQ=4,0;7,75)(RP=1,2; IC95%=1,14-1,29; p<0,001). Pacientes com TVP também apresentaram fator protetor estatisticamente significativo para reinternação (RP=0,55; IC95%=0,34-0,89; p=0,014) comparados com TEP (RP=1,45; IC95%=0,88-2,40; p=0,15) e FA (RP=1,5; IC95%=0,98-2,27; p=0,61). Tampouco houve diferença estatística significativa no TMP entre os que reinternaram (43,6 ±44,5) *versus* os que não reinternaram (52,1 ±35) (RP=0,99; IC95%=0,98;1,0; p=0,22) (Tabela 2).

Foi realizada a análise multivariada para reinternação entre idade, emergência, ICCharlson⁷, TVP, TEP, FA, ESF e UBS, apresentando significância estatística somente o ICCharlson⁷ (RP=1,22; IC95%=1,12-1,32; p<0,001), conforme Tabela 2.

Tabela 2. Análise bivariada e multivariada dos pacientes que reinternaram durante o acompanhamento do SAD, Porto Alegre, RS

Variáveis	Reinternação (n)		RP (IC95%)	Valor P	Multivariada	Valor P
	Sim (n=72)(%)	Não (n=351)(%)				
SEXO	n(%)	n(%)			-	-
M	27 (15,5)	147 (84,5)	0,86 (0,56;1,33)	0,49	-	-
F	45 (18,1)	204 (81,9)	1	-	-	-
IDADE (anos)	68,5 ±14,06	63,95 ±16,76	1,0 (1,1;1,03)	0,025	0,99(0,98;1,0)	0,359
ORIGEM						
Emergência	12 (10,1)	107 (89,9)	0,51 (0,29;0,92)	0,024	0,94(0,49;1,80)	0,859
Unidades	60 (19,7)	244 (80,3)	1	-	-	-
ICCharlson (mediana)	6 (4 ; 7,75)	4 (1,0 ; 6,0)	1,2 (1,14;1,29)	<0,001	1,22(1,12;1,32)	<0,001
MOTIVOS AC						
TVP	20 (11,5)	154 (88,5)	0,55 (0,34;0,89)	0,014	0,82(0,47;1,42)	0,481
TEP	15 (23)	50 (77)	1,45 (0,88;2,40)	0,15	1,45(0,85;2,50)	0,176
FA	33 (21,6)	120 (78,4)	1,5 (0,98;2,27)	0,61	1,20(0,71;2,03)	0,485
REFERÊNCIA						
ESF	25 (13,4)	161 (86,6)	0,68 (0,43;1,06)	0,087	0,69(0,45;1,05)	0,087
UBS	47 (19,8)	190 (80,2)	1	-	-	-
PERMANÊNCIA (dias)	43,6 ±44,5	52,1 ±35	0,99 (0,98;1,0)	0,22	-	-

ICCharlson= índice de comorbidade de Charlson¹; AC= anticoagulação; Média com desvio padrão; Mediana com intervalo interquartilico (P25;P75); RP= Razão de prevalências; IC 95%= intervalo de confiança; Valor p <0,05.

Fonte: elaborada pelo autor.

A taxa de reinternação em até 30 dias foi de 9% (n=38). Na análise bivariada para reinternação em até 30 dias, foram preditores para reinternação a idade (RP=1,02; IC95%=1,0-1,04; p<0,012), o ICCharlson com escore 6 (IIQ=4,0;7,75)(RP=1,22; IC95%=1,11-1,34; p<0,001) e a FA (RP=1,96; IC95%=1,07-3,06; p=0,029)(Tabela 3).

Na análise multivariada para reinternação em até 30 dias utilizando as variáveis idade, TVP, FA, emergência e ICCharlson, somente este índice apresentou valores estatisticamente significativos novamente (RP=1,21; IC95%=1,07-1,37; p<0,003) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada e multivariada dos pacientes que reinternaram em ≤30 dias, durante o acompanhamento do SAD, Porto Alegre, RS

Variáveis	Reinternação Sim (n=38)(%)	Não (n=385)(%)	RP (IC95%)	Valor P	Multivariada RP (IC95%)	Valor P
Sexo	n (%)	n (%)				
M	18 (10,3%)	156 (89,7%)	1,29 (0,7 ; 2,36)	0,41	-	-
F	20 (8%)	229 (92%)	1,0	-	-	-
Idade	70 ±12,1	64,2 ±16,7	1,02 (1,0 ; 1,04)	0,012	1,0(0,98;1,02)	0,963
Origem						
Emergência	7 (6,3%)	112 (93,7%)	0,58 (0,26 ; 1,27)	0,174	0,89(0,36;2,18)	0,791
Unidades	31 (11,4%)	273 (88,6%)	1,0	-	-	-
ICCharlson	6 (4,0 ; 7,75)	4 (1,0 ; 6,0)	1,22 (1,11 ; 1,34)	<0,001	1,21(1,07;1,37)	<0,003
(mediana)						
Motivos AC						
TVP	10 (5,7%)	164 (94,3%)	0,51 (0,25 ; 1,02)	0,059	1,28(0,55;2,96)	0,561
TEP	8 (12,3%)	57 (87,7%)	1,47 (0,7 ; 3,06)	0,305	-	-
FA	20 (13,1%)	133 (86,9%)	1,96 (1,07 ; 3,06)	0,029	0,69(0,34;1,40)	0,311
Referência						
ESF	17 (9,1%)	169 (89,9%)	1,03 (0,56 ; 1,9)	0,92	-	-
UBS	21 (8,9%)	216 (91,1%)	1,0	-	-	-

ICCharlson= índice de comorbidade de Charlson⁷; AC= anticoagulação; Média com desvio padrão; Mediana com intervalo interquartilico (P25;P75); RP= Razão de prevalências; IC 95%= intervalo de confiança; Valor p <0,05.

Fonte: elaborada pelo autor.

No subgrupo de pacientes vindos da Emergência, o ICCharlson também foi preditor para reinternação, com mediana 5 (IIQ=5,0;6,0)(RP=1,39; IC95%=1,15-1,69; p<0,001) e significância estatística. As variáveis idade, sexo, TVP, TEP, UBS e ESF não foram estatisticamente significativas para reinternação (Tabela 4).

Tabela 4. Análise bivariada dos pacientes egressos da Emergência que reinternaram em ≤30 dias, durante o acompanhamento do SAD, Porto Alegre, RS

Variáveis	Reinternação (n=)		RP (IC95%)	Valor P
	Sim (n=7)(%)	Não (n=112)(%)		
Sexo	n (%)	n (%)		
M	2 (4,3%)	45 (95,7%)	0,61 (0,12 ; 3,03)	0,548
F	5 (6,9%)	67 (93,1%)	1,0	-
Idade	65,14 ±12,09	59,05 ±17,9	1,02 (0,99 ; 1,05)	0,223
ICCharlson	5 (5,0 ; 6,0)	1 (0,0 ; 4,0)	1,39 (1,15 ; 1,69)	<0,001
(mediana)				
Motivos AC				
TVP	4 (4,3%)	89 (95,7%)	0,37 (0,09 ; 1,56)	0,177
TEP	0	8 (100%)	-	-
FA	1 (6,7%)	14 (93,3%)	1,16 (0,15 ; 8,95)	0,890
Referência				
ESF	3 (5,2%)	55 (94,8%)	0,79 (0,18 ; 3,37)	0,749
UBS	4 (6,6%)	57 (93,4%)	1,0	-

ICCharlson= índice de comorbidade de Charlson⁷; AC= anticoagulação; Média com desvio padrão; Mediana com intervalo interquartilico (P25;P75); RP= Razão de prevalências; IC 95%= intervalo de confiança; Valor p <0,05.

Fonte: elaborada pelo autor.

O estudo mostrou que o SAD desocupou, apenas com os pacientes anticoagulados, cerca de 2.720 leitos/dia/ano ou 227 leitos/dia/mês entre os leitos hospitalares. Uma vez que o HNSC possui um tempo médio de permanência de 11 dias, excluindo as internações obstétricas, o SAD proporcionou a liberação de 21 leitos hospitalares/mês¹⁰.

Discussão:

De acordo com os resultados encontrados, percebe-se que a população atendida por esse serviço de atenção domiciliar é de pacientes de maior risco: são, na sua maioria, idosos com índice de gravidade mais elevado. Com relação à média de idade ($64,9 \pm 16,39$ anos) e o predomínio de mulheres (58,7%) encontrados no estudo, tais achados assemelham-se ao descrito por Boccalon et al. para idade ($64,8 \pm 14,6$ anos), porém, com número menor de mulheres (46,5%) em pacientes com TVP em tratamento domiciliar¹³. Em outro estudo, conduzido por Elf et al., a média de idade foi de 59 ± 19 anos e 59% eram mulheres entre pacientes com TEP não maciço tratados no domicílio¹⁴. No ensaio clínico SAFETY de Stewart et al.¹⁵, a idade dos pacientes com FA tratados no domicílio foi de 72 ± 11 anos e 50 % homens. Percebe-se que média de idade varia muito entre os estudos. Também, em cada estudo, apenas uma única indicação para anticoagulação foi incluída, diferentemente deste estudo. Quando a média de idade é realizada para cada patologia neste estudo, encontra-se 59,5 anos, 67,5 anos e 72,9 anos para TVP, TEP e FA, respectivamente.

A taxa de reinternação geral e em até 30 dias encontradas no estudo foi de 16,8% e 9%, respectivamente. Elf et al.¹⁴ encontraram uma taxa de reinternação de 6,5% no grupo de 307 pacientes com TEP de baixo risco, para tratamento domiciliar, em um período de 3 meses de seguimento. O estudo SAFETY apresentou uma taxa de reinternação no grupo em tratamento domiciliar de 64% em seguimento de 2 anos de 168 pacientes com FA.

Para a taxa geral de reinternação, encontrou-se, como fatores de proteção, pacientes egressos da Emergência (2,9%) (RP=0,51; IC95%=0,29-0,92; p=0,024) e pacientes com TVP (5%) (RP=0,55; IC95%=0,34-0,89; p=0,014). O ICCharlson⁷ foi preditor para reinternação, aumentando o risco em 20% a cada ponto no escore. Um estudo realizado em Melbourne, na Austrália, com 210 pacientes crônicos,

apresentou 38% de reinternação em 12 meses e ICCharlson (≥ 6) como preditor de risco ¹⁵.

Para a taxa de reinternação (9%) em 30 dias da amostra (n=423), a idade avançada (p=0,012), o ICCharlson⁷ 6(4,0;7,75)(p<0,001) e a FA (p=0,029) foram associados a um maior risco para reinternar (Tabela 3). Um estudo retrospectivo, publicado em 2011, por Shu et al.¹⁶, avaliou fatores de risco para reinternação em 30 dias em 2.698 pacientes pós-alta de clínica médica e encontrou uma taxa muito superior (16,7%), tendo o ICCharlson⁷ (4,2 $\pm$ 3,5)(p<0,001) como variável independente preditora de reinternação, além de neoplasias, longa permanência hospitalar e anemia ¹⁶. Outra coorte retrospectiva, realizada por Wang et al.¹⁷, avaliou 799 pacientes crônicos pós-alta hospitalar e encontrou uma taxa de reinternação em 30 dias de 14% e com ICCharlson⁷ (3,0 $\pm$ 2,5)(p<0,05) como fator preditor independente para reinternação¹⁷. Ambos os estudos mostram taxas de reinternação superiores e com escores de ICCharlson⁷ inferiores aos encontradas no SAD.

No subgrupo de pacientes da Emergência (n=112), a taxa de reinternação (6,2%) em até 30 dias foi ainda menor e o único preditor de risco para reinternar foi o ICCharlson 5 (5,0;6,0)(p<0,001). Um estudo realizado por Logue et al.¹⁸ avaliou o risco para reinternação até 30 dias em 958 pacientes entre 2012 e 2013 e encontrou uma taxa de 14%, assim como o ICCharlson⁷ (≥ 5) como preditor independente para reinternação¹⁸.

Tanto na taxa de reinternação geral quanto em 30 dias, na análise multivariada, o ICCharlson⁷ foi a única variável independente que se apresentou como forte preditor para reinternação.

Portanto, ao analisar-se a taxa de reinternação (apenas 9% em 30 dias), os resultados evidenciam a efetividade na atuação do acompanhamento domiciliar desses pacientes. Entre os pacientes da Emergência, a taxa de reinternação foi ainda menor, 5,9% (7 pacientes).

Com relação às complicações relacionadas aos pacientes anticoagulados, o presente estudo apresentou 14 (3,3%) sangramentos (3 maiores e 11 menores) e 2 (0,5%) eventos tromboembólicos. Othieno et al.¹⁹, em uma revisão sistemática de 2011, envolvendo 6 ensaios clínicos randomizados com 1.708 pacientes com TVP tratados no domicílio com Heparina de baixo peso molecular (HBPM), mostrou

menor taxa de TEV, estatisticamente significativo, não havendo diferença para sangramentos comparados com tratamento hospitalar. Dessa forma, pode-se concluir que a anticoagulação domiciliar é segura e efetiva.

Em relação às limitações do estudo, embora o delineamento transversal impossibilite estabelecer a relação de causa e efeito, o estudo permitiu estimar a frequência de reinternações entre a população de anticoagulados acompanhados pelo SAD e os fatores de riscos associados, podendo auxiliar na compreensão dos eventos e permitindo a qualificação da assistência prestada.

Conclusão:

A Atenção Domiciliar apresenta-se como modalidade de cuidado que auxilia na “desospitalização”, principalmente, na fase pós-hospitalar, auxiliando na rotatividade de leitos e acelerando o processo de alta hospitalar.

Nesse sentido, a Atenção Domiciliar poderá contribuir como tecnologia em saúde na desospitalização de pacientes anticoagulados, auxiliar na redução do tempo de permanência hospitalar e ampliar o acesso a leitos hospitalares, com uma baixa taxa de reinternação, mostrando segurança e efetividade de sua atuação.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de outubro de 2011. Seção 1, p. 44-46.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar Vol I**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar Vol II**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de maio. 2013. Seção 1, p. 30.
5. BAKKER, M; DEKKER, PJ; KNOT, EA; van BERGEN, PF; JONKER, JJ. **Home treatment for deep venous thrombosis with low-molecular-weight heparin**. Lancet.1988 Nov 12;2(8620):1142.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de abril. 2016. Seção 1, p. 33-38.
7. CHARLSON, ME; POMPEI, P; ALES, KL; MACKENZIE, CR. **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.** J Chronic Dis. 1987; 40(5): 373-83.
8. MARTINS, M; BLAIS, R; MIRANDA, NN. **Avaliação do Índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3): 643-652, mar, 2008.
9. WAJNER, A; ZUCHINALI, P; ORSEN, V; POLANCZYK, C; ROHDE, LEP. **Causas e Preditores de Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes que Internam com ou por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário no Brasil.** Arq Bras Cardiol. 2016; [online]. Aceito em 03/04/2017.
10. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Sistema interno de informações. GHC/Sistemas/Relatórios/Internações/Periodo. Acesso em 03/07/2017.
11. CALLEGARI-JACQUES, Sídia M.; **Bioestatística: princípios e aplicações.** Porto Alegre: Artmed, 2003.
12. FLETCHER, Robert H; FLETCHER, Suzanne W; FLETCHER, Grant S. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais – 5ª ed. –** Porto Alegre : Artmed, 2014.
13. BOCCALON, H; ELIAS, A; CHALÉ, J-J; CADENE, A; GABRIEL, S. **Clinical Outcome and Cost of Hospital vs Home Treatment of Proximal Deep Vein Thrombosis With a Low-Molecular-Weight Heparin.** ArchIntern Med. 2000;160:1769-1773.
14. ELF, JE; JÖGI, J; BAJC, M. **Home treatment of patients with small to medium sized acute pulmonary embolism.** J Thromb Thrombolysis, 2015 Feb; 39(2): 166-72.
15. HUTCHINSON, A; RASEKABA, TM; GRACO, M; BERLOWITZ, DJ; HAWTHORNE, G; LIM, WK. **Relationship between health-related quality of life, and acute care re-admissions and survival in older adults with chronic illness.** Health Qual Life Outcomes. 2013 Aug 6;11:136.
16. SHU, CC; LIN, YF; HSU, NC; KO, WJ. **Risk factors for 30-day readmission in general medical patients admitted from the emergency department: a single centre study.** Intern Med J. 2012 Jun;42(6):677-82.
17. WANG, CL; DING, ST; HSIEH, MJ; SHU, CC; HSU, NC; LIN, YF; CHEN, JS. **Factors associated with emergency department visit within 30 days after discharge.** BMC Health Serv Res. 2016 May 25;16:190.

18. LOGUE, E; SMUCKER, W; REGAN, C. **Admission Data Predict High Hospital Readmission Risk.** J Am Board Fam Med. 2016 Jan-Feb;29(1):50-9
19. OTHIENO, R; ABU AFFAN, M; OKPO, E. **Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis.** Cochrane Databases Syst Rev. 2007;(3):CD003076.
20. SERRANO JUNIOR, CV; FENELON, G; SOEIRO, AM; NICOLAU, JC; PIEGAS, LS; MONTENEGRO, ST, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia.** ArqBrasCardiol 2013; 101 (3Supl.3): 1-93.