

FATORES DE RETARDO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. UM ESTUDO OBSERVACIONAL

MAIN OBSTACLES IN THE PROCESS OF CARE OF INPATIENTS AT THE INTERNAL MEDICINE UNIT OF THE HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: AN OBSERVATIONAL STUDY

Renato Seligman, Ricardo Kuchenbecker, Tanira Torelly Pinto, Otávio Neves Bittencourt, Carísi Anne Polanczyk, Luiz Antonio Nasi, Beatriz Graeff Santos Seligman, Guilherme Becker Sander, Lurdes Buzin, Ana Maria Muller de Magalhães, Fernando Torelly, Jorge Luis Bajerski, Maria Lúcia Falk, Maria da Graça Crossetti

RESUMO

Todos os pacientes atendidos na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre de março a maio de 2005 foram acompanhados prospectivamente, buscando verificar suas características epidemiológicas e fatores de retardo de internação, definidos como permanência hospitalar por motivos não clínicos.

De 5530 pacientes triados neste período, 389 foram atendidos pelo Serviço de Medicina Interna. Destes, 314 são descritos nesta amostra.

A idade mediana dos pacientes internados foi de 64 anos, com predomínio de mulheres. Da população estudada, 80% eram provenientes de Porto Alegre e região metropolitana.

Dez condições clínicas crônicas foram a causa de 83% das internações, com neoplasias fora de opção terapêutica, complicações de SIDA e reinternações de pacientes com seqüelas neurológicas de doença cerebrovascular sendo as causas mais freqüentes. Diabetes melito e doença pulmonar obstrutiva crônica corresponderam a 9,2% e 6,4% das internações.

Os pacientes portadores de diabetes melito e insuficiência cardíaca apresentaram os maiores tempos de espera por internação clínica (54,5 e 46,6 horas). Vinte e cinco por cento dos pacientes com angina do peito, infecção respiratória aguda ou complicações associadas ao diabetes melito aguardaram mais de 60 horas por leito de internação.

A realização de consultorias médicas foi fator de retardo na permanência, com tempo mediano de espera de 48 horas.

O maior tempo de espera nos exames subsidiários foi resultado de pendência na liberação de laudos de anato-patológicos em biópsias, com mediana de 4,2 dias. Da mesma forma, a mediana da espera pela realização de tomografias computadorizadas foi de 5 dias para crânio, 4,2 dias para abdômen e 3,2 dias para tórax.

Entre os dez motivos mais comuns de internação, apenas 21 (6,7%) foram caracterizadas como condições clínicas agudas.

Estes achados serviram de embasamento para a reformulação do Serviço de Emergência no HCPA, desencadeando ações gerenciais como a triagem por estratificação de risco, a unidade vascular, foco nos serviços de apoio e estabelecimento de convênio assistencial com hospital secundário de apoio.

Unitermos: epidemiologia hospitalar, medicina interna, emergência.

ABSTRACT

Patients admitted to the Emergency Division of Hospital de Clinicas de Porto Alegre were prospectively followed from March to May 2005. Epidemiological data and risk factor for length of stay were identified, defined as hospital permanency for non-clinical reasons. 5530 patients were submitted to triage in this period. From those, 389 were admitted to the Internal Medicine Division. These sample describes 314 of those.

Median age was 64 years, mostly women. Eighty percent were from the metropolitan area of Porto Alegre.

Ten chronic clinical conditions responded for 83% of admissions - cancer without therapeutic options, AIDS related complications, readmission of chronically disabled stroke patients with clinical complications were more frequent. Diabetes and COPD accounted for 9,2% and 6,4% of admissions, respectively.

Heart failure and diabetes accounted for clinical conditions with larger delay to admission (54,5 and 46,6 hours). Twenty five percent of coronary heart diseases, acute respiratory infections and diabetic subjects waited in the observation room for more than 60 hours.

Pathology results were responsible for the longest delay, with median 4,2 days. Tomography scans accounted for 5 days(brain), 4,2 days (abdomen) and 3,2 days(thorax) of delay.

Of the ten most frequent reasons for admissions, only 6,7% were caused by acute clinical conditions.

These findings embased the reformulation of the Emergency Division at Hospital de Clinicas de Porto Alegre, with risk stratification according to a severity criteria, vascular unit establishment and referral agreement for a secondary hospital.

Key words: hospital epidemiology, internal medicine, emergency.

INTRODUÇÃO

Atrasos, cancelamentos e listas de espera são fenômenos comuns em serviços de saúde de todo o mundo (1). A compreensão do fluxo percorrido pelos pacientes durante o processo de atendimento é importante para identificar situações que obstaculizam a assistência prestada aos mesmos. Entretanto, a caracterização do fluxo dos pacientes por vezes representa tarefa complexa e onerosa. Há inúmeros fatores capazes de determinar retardos e atrasos no atendimento prestado a pacientes internados em um hospital. Desde a década de 70, diferentes estudos caracterizaram os fatores de retardo no atendimento a pacientes internados em hospitais (2). Estima-se que mais de 30% de todas as altas hospitalares são atrasadas por razões não-clínicas. Tais razões incluem: a) agendamento de exames, procedimentos diagnósticos e terapêuticos; b) problemas sociais não avaliados pela equipe ou que transcendem sua capacidade de intervenção; c) processo decisório médico; d) dificuldades na logística relacionada à alta hospitalar; e) falta de integração entre os diferentes níveis de complexidade na atenção à saúde (3). O objetivo do presente artigo é caracterizar os principais fatores determinantes de retardos ocorridos no atendimento de

pacientes internados no Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa intitulado "Diagnóstico da Assistência prestada pelos Serviços de Emergência e Medicina Interna do HCPA" implantado como parte de um programa de melhorias nas instalações e serviços prestados pelo hospital nas áreas supracitadas. O trabalho envolveu a realização de três etapas distintas, porém interdependentes. Na primeira etapa foi caracterizado o processo de triagem realizado pelo Serviço de Emergência do Hospital. Para tal, foram coletadas informações referentes a 5.530 pacientes triados durante o mês de abril de 2005. A segunda etapa envolveu a caracterização da assistência prestada pelo Serviço de Emergência a 3.765 pacientes adultos atendidos nas salas de Procedimentos e Observação durante os meses de março a maio de 2005. A terceira etapa compreendeu estudo prospectivo de todos os pacientes que, atendidos pelo Serviço de Emergência durante o período citado, foram submetidos a internação hospitalar com as equipes do Serviço de

Medicina Interna do HCPA. Neste artigo serão relatados apenas os resultados da terceira etapa do estudo.

Dessa forma, foram coletadas informações referentes ao atendimento prestado a todos os pacientes admitidos a partir do Serviço de Emergência ou da Admissão do HCPA que internaram no Serviço de Medicina Interna com idade igual ou superior a doze anos. Esses pacientes foram acompanhados prospectivamente até a alta, de maneira a caracterizar a presença de fatores de retardo no atendimento. Por definição, fatores de retardo no atendimento foram considerados todos aqueles em que houve, na opinião do médico assistente, a permanência hospitalar ou a impossibilidade de efetivar conduta clínica em função de que o paciente esperava a realização de algum procedimento diagnóstico ou terapêutico por razões não clínicas. Para tal, diariamente assistentes de pesquisa treinados contataram as equipes clínicas com o intuito de aferir o status do paciente. Os pesquisadores indagaram as equipes assistentes de maneira a caracterizar, com base diária, o que estava previsto para os cuidados do paciente e – se por alguma razão, o mesmo se encontrava aguardando exames ou procedimentos por razões outras que não aquelas consideradas clínicas. De forma a caracterizar tais situações, os pesquisadores perguntaram aos médicos se a situação de espera impedia ou atrasava decisões como internação, alta ou a execução do plano terapêutico. Neste caso e somente se tais razões não fossem de ordem clínica, foram computadas como fatores de retardo do processo assistencial. Foram coletadas informações acerca do tempo de espera de todos os exames laboratoriais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelos pacientes durante a internação estudada.

A Figura 1 descreve a metodologia de caracterização das principais etapas do processo assistencial e a avaliação dos fatores de retardo do atendimento nos serviços avaliados. Foram coletadas informações referentes ao tempo transcorrido entre a chegada dos pacientes no Serviço de Emergência (tempo 0) e a consulta médica (tempo 1); o tempo entre a consulta médica e a solicitação de exames, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou consultorias (interconsultas médicas) (tempo 2); o tempo transcorrido entre a solicitação de exames e procedimentos e a disponibilização dos resultados dos mesmos de modo a permitir o processo de tomada de decisões clínicas (tempos 3 e 4) e o tempo transcorrido entre as condutas clínicas referentes a internação hospitalar, alta ou transferência de pacientes entre os serviços (tempos 5 e 6). A fim de caracterizar os tempos despendidos entre cada uma dessas etapas do processo assistencial, uma equipe de assistentes de pesquisa compostos por estudantes de enfermagem e enfermeiros treinados registrou os horários e as necessidades de cada

um dos pacientes incluídos no presente estudo. As informações clínicas e a caracterização das situações de espera pela realização de exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos foi validada pela equipe de pesquisa junto aos médicos assistentes dos pacientes em três momentos distintos. A primeira delas refere-se à aferição realizada através de encontros diários dos pesquisadores com pelo menos um dos médicos da equipe assistente do paciente. A segunda validação foi realizada através de médicos pesquisadores que aferiram o registro dos dados e discutiram as informações com os assistentes de pesquisa também diariamente. A terceira validação das informações consistiu na revisão de todos os casos registrados por dois médicos de maneira a conferir a acurácia das informações em relação aos registros clínicos existentes no prontuário dos pacientes. Casos em que não houve concordância entre as informações foram resolvidos por consenso pela equipe de pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA.

As informações foram coletadas diretamente dos registros clínicos do prontuário de cada paciente. Para cada indivíduo estudado foram coletadas até seis condições clínicas ou doenças como motivo de internação. Essas informações foram comparadas com os diagnósticos de internação e de alta através da codificação da Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão. Sempre que houve discordância entre as informações coletadas e os códigos do CID atribuídos, foram revisados os dados do prontuário clínico dos pacientes, de maneira a aumentar a acurácia da informação obtida. A cada internação foram atribuídas duas causas. Considerando a elevada frequência de comorbidades (*case-mix*) dos pacientes incluídos no estudo, as condições clínicas correspondentes a complicações associadas à SIDA, neoplasias fora de opção terapêutica e doença cerebrovascular foram agrupadas, de maneira a permitir melhor compreensão da magnitude representada pelas mesmas. Assim, o grupo de manifestações correspondentes a complicações clínicas em pacientes portadores de neoplasia fora de opção terapêutica, por exemplo, envolveu manejo da dor, piora do estado geral, infecção respiratória, úlceras de pressão, distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos, entre outros.

RESULTADOS

Foram incluídos no presente estudo 314 pacientes que correspondem a 80% do total de 389 casos atendidos pelo Serviço de Medicina Interna no período estudado. Em 75 casos não foi possível obter a coleta completa das informações dos casos, motivando a exclusão

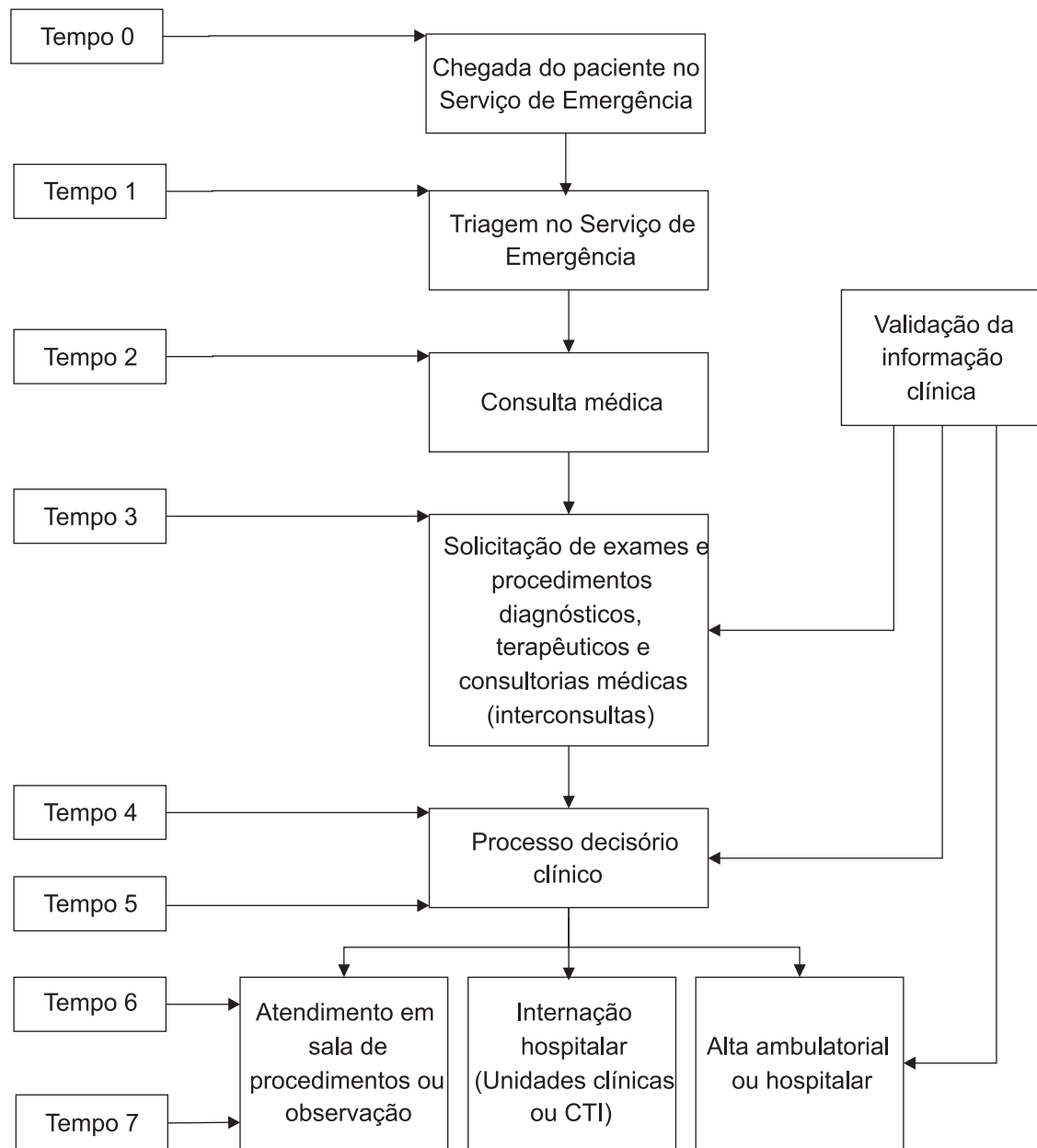


Figura 1. Caracterização dos tempos despendidos nas principais etapas do processo assistencial

dos mesmos. Os pacientes apresentaram idade mediana de 61 anos e 54% eram do sexo feminino (Tabela 1). Cinquenta e cinco por cento dos pacientes atendidos eram provenientes da cidade de Porto Alegre ($n = 174$) e 25% da região metropolitana da capital. Não foi possível caracterizar a procedência em 48 (15%) dos casos.

Motivos de internação

Entre os motivos de internação mais frequentes, dez condições clínicas ou doenças corresponderam a 83% do total de 314 internações estudadas (Tabela 2). Ocorreram 56 internações motivadas por complicações clí-

nicas em pacientes portadores de neoplasia fora de opção terapêutica, correspondendo a 17,8% do total. Já as complicações clínicas associadas à SIDA e aquelas ocorridas em pacientes portadores de seqüela neurológica de doença cérebro-vascular crônica corresponderam a, respectivamente, 35 (11%) e 34 (10,1) internações. Por sua vez, outras duas doenças crônicas e suas complicações clínicas representadas por diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) foram responsáveis por, respectivamente, 29 (9,2%) e 20 (6,4%) das internações ocorridas no período. Entre as causas mais freqüentes de internação, quatro foram consideradas como condições clínicas ou doenças agudas: infecção respiratória (17 internações, 6,4%), angina do peito (11 casos, 3,5%), investigação diagnóstica de neoplasia

(4 casos, 1,3%) e Acidente vascular cerebral agudo agudo (4 casos, 1,3%). Outras doenças, somadas, corresponderam a 85 internações (27%).

Houve importante heterogeneidade na distribuição do tempo de espera para internação hospitalar entre os pacientes estudados (Tabela 3). O tempo de espera para internação hospitalar foi considerado como aquele em que o paciente, em atendimento no Serviço de Emergência, permaneceu aguardando leito. Pacientes portadores de diabetes mellitus e complicações associadas e insuficiência cardíaca apresentaram os maiores tempos medianos de espera por internação, respectivamente, 54,5 e 46,6 horas. Condições clínicas agudas como infecção respiratória e Acidente vascular cerebral agudo apresentaram os menores tempos medianos de

Tabela 1. Características da população estudada

		IC95%
Idade mediana (anos)	61	(59,1-63,0)
Sexo		
Feminino n (%)	169	(54%)
Tempo mediano de internação (dias)	12,0	
Procedência		
Porto Alegre	174	55%
RMPA*	80	25%
Interior	13	4%
Ignorado	48	15%

* Região Metropolitana de Porto Alegre, exceto capital

Tabela 2. Motivos de internação

Motivo da internação	n	(%)
Complicações clínicas em pacientes portadores de neoplasia fora de opção terapêutica	56	17,8
SIDA e manifestações clínicas associadas	35	11,0
Complicações clínicas em pacientes portadores de seqüela neurológica de doença cérebro-vascular crônica	34	10,1
Diabetes mellitus e suas complicações	29	9,2
Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica	20	6,4
Infecção respiratória	17	6,4
Insuficiência cardíaca	17	5,4
Angina do peito	11	3,5
Investigação diagnóstica de neoplasia	6	1,9
Acidente vascular cerebral agudo	4	1,3
Outras doenças	85	27,0
Total	314	100

espera por leitos, respectivamente, 5,5 e 2,2 horas. Pacientes portadores de complicações clínicas associadas a doença cérebro-vascular crônica aguardaram uma mediana de 13,5 horas por leito de internação. Vinte e cinco por cento dos pacientes com angina do peito, infecção respiratória ou complicações associadas ao diabetes mellitus aguardaram mais de 60 horas por leito de internação.

Permanência hospitalar

A variação do tempo mediano de internação hospitalar de acordo com as doenças e condições clínicas encontra-se na Tabela 4. Pacientes internados para o tratamento de complicações clínicas associadas a neoplasia fora de opção terapêutica apresentaram o menor tempo mediano de internação: 8 dias. Já os paci-

Tabela 3. Distribuição do tempo de espera por internação hospitalar

Condição clínica	n	Tempo mediano de espera (h)	P25% (h)	P75% (h)
Complicações clínicas em pacientes portadores de neoplasia fora de opção terapêutica	42	28,3	9,6	56,8
SIDA e manifestações clínicas associadas	13	24,0	15,6	33,5
Complicações clínicas em pacientes portadores de seqüela neurológica de doença cérebro-vascular crônica	12	13,5	1,6	34,0
Diabetes mellitus e suas complicações	10	54,5	16,9	63,6
Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica	6	29,6	26,6	44,0
Infecção respiratória	9	5,5	1,3	67,0
Insuficiência cardíaca	8	46,6	36,4	59,7
Angina do peito	7	7,1	4,7	72,2
Investigação diagnóstica de neoplasia	4	16,5	6,1	27,6
Acidente vascular cerebral agudo	4	2,2	0,9	3,9

Tabela 4. Permanência hospitalar

Condição clínica	n	Tempo mediano de internação (dias)	P25% (dias)	P75% (dias)	Mínimo (dias)	Máximo (dias)
Complicações clínicas em pacientes portadores de neoplasia fora de opção terapêutica	56	8,0	4,0	13,0	1,0	60,0
SIDA e manifestações clínicas associadas	35	11,5	7,0	18,7	3,0	42,0
Complicações clínicas em pacientes portadores de seqüela neurológica de doença cérebro-vascular crônica	34	16,0	11,5	30,0	4,0	74,0
Diabetes mellitus e suas complicações	29	12,0	8,0	17,0	2,0	42,0
Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica	20	16,0	7,5	26,5	6,0	42,0
Infecção respiratória	17	13,0	5,0	15,0	2,0	34,0
Insuficiência cardíaca	17	17,0	12,0	19,0	8,0	28,0
Angina do peito	11	10,0	6,2	16,5	5,0	50,0
Investigação diagnóstica de neoplasia	6	18,5	8,2	29,2	6,0	33,0

entes internados para realizar investigação diagnóstica de neoplasia apresentaram o maior tempo mediano de permanência hospitalar: 18, 5 dias. Este grupo de pacientes apresentou elevado percentil 75 de hospitalização: 29,2 dias. Vinte e cinco por cento dos pacientes admitidos por complicações clínicas associadas a seqüela neurológica de doença cérebro-vascular crônica permaneceram internados por período superior a 30 dias.

Consultorias (interconsultas médicas)

Entre as consultorias (interconsultas médicas) realizadas durante o estudo, 141 determinaram algum tempo de retardo no atendimento aos pacientes estudados. O tempo mediano de espera por essas consultorias foi de 48 horas e o percentil 75 igual a 75,7 horas. Entre as

consultorias realizadas por especialidades cirúrgicas, o Serviço de Cirurgia Geral apresentou maior número: 30, com tempo mediano de realização de 48 horas. Os Serviços de Urologia e Proctologia apresentaram tempos medianos de resposta às consultorias de, respectivamente, 64,5 e 77 horas. Entre as especialidades clínicas, o Serviço de Gastroenterologia realizou o maior número de consultorias, com tempo mediano de resposta equivalente a 24 horas. A consultoria de Neurologia apresentou o maior tempo mediano de resposta entre as especialidades clínicas: 72 horas.

Exames e procedimentos

A Tabela 6 apresenta a distribuição do tempo de espera por exames selecionados. O tempo mediano de

Tabela 5. Distribuição do tempo de espera por consultorias durante a internação

Consultoria	n	Tempo mediano de espera (dias)	P25% (dias)	P75% (dias)	Mínimo (dias)	Máximo (dias)
Todas as consultorias	141	48,0	24,0	75,7	2,0	221,0
Consultorias cirúrgicas						
Cirurgia Geral	30	48,0	24,0	54,5	5,0	144,0
Urologia	9	64,5	48,0	138,0	34,0	192,0
Proctologia	7	77,0	49,5	119,0	1,0	168,0
Consultorias clínicas						
Gastroenterologia	11	24,0	7,2	24,0	2,0	120,0
Cardiologia	9	53,0	51,0	144,0	24,0	192,0
Oncologia	9	24,0	24,0	51,0	8,0	168,0
Neurologia	7	72,0	54,5	113,0	24,0	192,0
Psiquiatria	7	48,0	24,0	128,0	1,5	288,0
Pneumologia	7	48,0	21,0	60,0	7,0	77,0

Tabela 6. Distribuição do tempo de espera por exames selecionados

Exame	n	Tempo mediano de espera (h)	P25% (h)	P75% (h)
Anátomo-patológico de biópsia	48	126,9	70,3	181,6
Ecografia abdominal	86	30,9	19,6	94,2
Radiografia de tórax antero-posterior e perfil	318	28,6	19,5	78,7
Tomografia de abdome	37	100,7	54,9	136,4
Tomografia de tórax	56	76,4	47,6	127,2
Tomografia de crânio	21	118,8	93,6	142,2
Urocultura	209	46,2	37,5	68,1

espera pela realização de exame anátomo-patológico de biópsia (n = 48) foi de 126,9 horas ou 5,2 dias. Vinte e cinco por cento desses exames apresentaram tempo superior a 181 horas (7,5 dias) entre a solicitação e o resultado final. Em relação à ecografia abdominal, o tempo mediano de espera foi de 30,9 horas (n = 86) e 25% dos pacientes aguardaram mais de 94,2 horas (3,9 dias) para a realização desse exame. O tempo mediano de espera para realização de radiografia de tórax Antero-posterior e perfil (n = 318) foi de 28,6 dias. Os exames tomográficos de abdome e tórax apresentaram tempo mediano de realização iguais a, respectivamente, 100,7 (n = 37) e 76,4 horas (n = 56). O percentil 75 para as tomografias de abdome e tórax foram, respectivamente, iguais a 136,4 e 127,2 horas. Para a realização de tomografias de crânio, os pacientes aguardaram tempo mediano equivalente a 118,8 horas (n = 21). Para a realização de urocultura foi despendido um tempo mediano de 46,2 horas, com percentis 25 e 75 equivalentes a, respectivamente, 37,5 e 68,1 horas. Considerando que a realização do exame urocultura pressupõe a chegada de material ao laboratório, foram estimados o tempo mediano de transporte do material entre o momento da solicitação do exame e a entrada do material no laboratório, equivalendo a 11,4, com percentis 25 e 75 equivalentes a, respectivamente 3,8, e 25,3 horas.

DISCUSSÃO

No presente estudo foram caracterizados e quantificados os fatores de retardo no atendimento prestado a pacientes internados no Serviço de Medicina Interna do HCPA. Esses fatores envolvem a disponibilidade de leitos de internação, a disponibilidade de execução de exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a avaliação de especialistas através de consultorias médicas.

Foi evidenciado predomínio de uma população relativamente jovem, com mediana de idade igual a 61 anos (IC95% 59,1-63,0) se consideradas as complicações crônicas, o elevado grau de comorbidades e as doenças que motivaram as internações descritas. Dez condições clínicas motivaram 83% das 314 internações avaliadas. Entre essas dez causas mais frequentes de internação, seis correspondem a complicações clínicas de doenças crônicas como SIDA, neoplasia fora de opção terapêutica, seqüela crônica de doença cerebrovascular, diabetes mellitus, DPOC e insuficiência cardíaca. Entre os dez motivos mais comuns de internação, apenas 21 (6,7%) foram caracterizadas como condições clínicas agudas, como é o caso de pacientes submetidos a avaliação diagnóstica de neoplasia, portadores

de infecções respiratórias e acidente vascular cerebral agudo. Esse achado pode denotar certa descaracterização da vocação do Serviço de Medicina Interna, cuja capacidade investigativa e de estabelecimento de diagnósticos diferenciais fica muito prejudicada num contexto de internações motivadas por doenças crônicas com limitado espectro terapêutico. Além disso, a predominância de internações motivadas por doenças crônicas em estado avançado igualmente pode representar a dificuldade de parte de um hospital universitário, de caráter terciário, em exercer sua plena vocação num contexto de demandas sócio-sanitárias crescentes e de fragmentação dos diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde. Do contrário, como justificar que, somadas, as internações por intercorrências clínicas em pacientes portadores de neoplasia fora de opção terapêutica e doença cerebrovascular crônica, corresponderam a 29% das internações estudadas? Igualmente merece destaque o fato de que internaram nas equipes do Serviço de Medicina Interna quatro casos de Acidente vascular cerebral agudo (AVC) durante o estudo. Por outro lado, foram 34 as internações de pacientes com complicações clínicas em portadores de seqüela neurológica de doença cérebro-vascular. Vinte e cinco por cento dessas internações foram maiores que 30 dias de permanência hospitalar. Ainda que se possa argumentar que os casos de AVC internem no Serviço de Neurologia, é elevada a proporção de casos crônicos atendidos num hospital universitário de caráter terciário.

A variação do tempo de espera por internação igualmente retrata as distorções verificadas no atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas. Portadores de complicações associadas a seqüela neurológica de doença cérebro-vascular crônica apresentaram a menor mediana de espera por leito de internação entre as condições clínicas crônicas: 13,5 horas. Para outras condições clínicas como o DPOC e a insuficiência cardíaca, vinte e cinco por cento dos pacientes aguardaram períodos superiores a, respectivamente, 44 e 59,7 horas para internação.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. O agrupamento de condições clínicas crônicas se – por um lado permitiu uma melhor compreensão acerca da carga representada pelas mesmas na assistência prestada pelo HCPA, por outro lado pode ter sub-representado algumas doenças, dado o elevado índice de comorbidade dos pacientes. A sobreposição dos tempos de retardo na assistência prestada aos pacientes não foi considerada, o que implica considerável impacto na magnitude dos achados do presente estudo. Subjaz ao tempo de resposta de algumas consultorias a disponibilidade de realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, fator não considerado no pre-

sente estudo e que certamente exerce alguma influência sobre os achados aqui descritos.

Não fomos capazes de identificar na literatura estudos realizados no Brasil que tenham caracterizado os fatores de retardo na assistência prestada a pacientes internados em instituição hospitalar. O presente estudo contribuiu com informações utilizadas pelo HCPA na implantação de uma série de melhorias nos Serviços de Emergência e Medicina Interna desde a sua conclusão. Tais melhorias envolveram a reforma do Serviço de Emergência, o redesenho do sistema de triagem, a implantação de estratégia de estratificação de risco de pacientes atendidos naquele serviço, a criação de uma unidade de cuidados de pacientes portadores de doenças vasculares e várias capacitações destinadas aos profissionais de saúde.

Nosso estudo, ao reconstituir a trajetória percorrida pelos pacientes atendidos nos Serviços de Emergência e Medicina Interna permitiu uma compreensão inédita dos fatores de retardo e problemas existentes na assistência prestada. Tal compreensão é condição *sine qua non* para que os hospitais e sistemas de saúde busquem adequar-se permanentemente às demandas dos seus usuários.

Participaram do estudo

Grupo de Trabalho do Estudo da Emergência/Medicina Interna: Ana Maria M. de Magalhães, Beatriz Seligman, Eneida Rabelo da Silva, Fernando Torelly, Carisi Polanczyk, Carlos Alberto Ribeiro, Jorge Luis Bajerski, Luiz Antonio Nasi, Maria da Graça Crossetti, Maria Lúcia Falk, Maria Luiza Malvezzi, Otávio Bittencourt, Renato Seligman, Ricardo Kuchenbecker, Tanira Torelly Pinto, Maria Aparecida Rufo Motta, Marilene H. Nozari, Jaqueline B. Consoli, Rodrigo G. Gonçalves, Rosanna L. Corvello, Elenita Charao Chagas, Eliane S. de Ávila, Alessandra

Bezerra, Áurea T. de Paula, Adriana Belardinelli, Priscila M. Rodrigues, Irene A. Lombardi, Núbia Pereira Ávila, Daiandy da Silva, Andréia Malaquias, Márcia Brambila, Alessandro Finkelsztejn, Fabio Comin, Melissa Premaor, Alessandra Gehler, Ana Helena Pons, Rodrigo Pires dos Santos, Guilherme Becker Sander, Adriano de Castro Pereira, Daiane Juchem Leal, Daniela Rivero Dominguez, Ingrid Braun Helmich, Juliano Xavier Borna Jorej, Tatiane Suely Rocha Alves, Crisleine Oliviera Da Silva, Eduardo Sobreira Da Silva, Fabiano Marcos Lardini, Fernanda Machado Nunes, Marcela Luiza De Sena Rosa, Rodrigo Bastos Furaste, Simone Barcellos De Couto, Tainá Katiucia Simor E Simor, Aleska Paula De Vargas, Caren Fernanda Betti e João Carlos Lima.

Agradecimentos

Queremos agradecer a toda equipe de trabalho pelo esforço e empenho para que a pesquisa fosse realizada. Este estudo recebeu apoio do Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG 05-088).

REFERÊNCIAS

- 1 Haraden C, Resar R. Patient Flow in Hospitals: Understanding and Controlling It Better. *Frontiers of Health Services Management* 2004; 20:3-15.
- 2 Gertman PM, Gestuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.
- 3 Selker HP et al. The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Med Care* 1989;27(2):112-29.