

PROGRAMA DE TRATAMENTO INTEGRAL DE PACIENTES CRÔNICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. I — ETAPA DIAGNÓSTICA *

Hésio de Albuquerque Cordeiro **
Rosalina Koifman ***
José Roberto Marinho das Neves ****
Cecília Maria de Oliveira *****
Marly Villela Goulart *****
Neyde Lazzaro ***
Jayme Landmann *****

RSPU-B/344

CORDEIRO, H. de A. et al. *Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I — Etapa diagnóstica.* **Rev. Saúde públ., S. Paulo, 11:119-33, 1977.**

RESUMO: O estudo sobre redundância de hospitalização, baseado no conceito de dependência aos cuidados de enfermagem, evidenciou que, em 99 pacientes que permaneceram 25 ou mais dias internados, foram redundantes em algum momento da internação, representando um desperdício de 1094 leitos-dia (30,17% do total de leitos-dia consumidos por este grupo de pacientes). Estudou-se, também, um grupo de 102 pacientes com acompanhados durante uma semana, identificando-se 60 pacientes (59%) com hospitalização desnecessária. Não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pacientes redundantes e não redundantes em relação às variáveis sócio-demográficas estudadas. As condições que contribuíram com maior número de dias de redundância foram neoplasias, doenças do aparelho respiratório (pneumopatia complicada e doença pulmonar obstrutiva crônica), fraturas, hipertensão arterial com ou sem insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e cirrose hepática. Face a magnitude do desperdício de recursos decorrentes da hospitalização desnecessária e riscos para o paciente da permanência prolongada no hospital, é recomendada a implantação de programas experimentais para tratamento domiciliar de pacientes crônicos.

UNITERMOS: Hospitalização. Doenças crônicas. Hospital de Clínicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

* Trabalho realizado pelo Instituto de Medicina Social e Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com apoio financeiro da Fundação Kellogg e Organização Panamericana de Saúde (Convênio BR-6200).

** Do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) — Rua Teodoro da Silva, 48 — 5.º andar — Vila Isabel — ZC 11 — Rio de Janeiro, RJ — Brasil.

*** Médicos-residentes em Medicina Social, do Hospital de Clínicas da UERJ.

**** Da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ — Rua Teodoro da Silva, 48 — Vila Isabel — ZC 11 — Rio de Janeiro, RJ — Brasil.

***** Do Hospital de Clínicas da UERJ — Rio de Janeiro, RJ — Brasil.

***** Da Faculdade de Ciências Médicas e do Hospital de Clínicas da UERJ.

I N T R O D U Ç Ã O

As reformulações pelas quais vem passando a assistência médica no país, particularmente no que concerne às formas de organização e financiamento, aumento da cobertura e progressiva universalização, colocam problemas à assistência hospitalar, que deverão ser devidamente equacionados para que seja garantido o sucesso de tais inovações.

Sabidamente a prática médica hospitalar funciona como um modelo de indústria de custos crescentes, ou seja, o custo da hospitalização aumenta na medida em que avançam os recursos tecnológicos ou aumenta o número de atos médicos, exames complementares, pareceres de especialistas e variedades de medicamentos.

A indústria de saúde, abrangendo as indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos e as empresas de seguro-saúde, não somente constitui, hoje em dia, um dos maiores segmentos da economia como também um dos grandes elementos de gastos para o Estado, visto que: a inflação no setor de saúde excede a de outros setores; a procura de recursos médicos atinge camadas cada vez maiores da população; e setores cada vez maiores da população não podem arcar com as despesas relacionadas com a própria saúde.

Choca-se, portanto, essa indústria com os programas de estabilização econômica do governo e isso faz com que seja necessário um melhor controle de gastos e de custos para atender a uma população cada vez mais ampla.

Estas questões autorizam a preocupação na busca de uma outra "racionalidade" na organização da assistência médica e no próprio exercício da Medicina. O tratamento hospitalar, dimensionado a partir desta nova ótica, deverá ser mais eficaz e, ao mesmo tempo, ser realizado no menor período de tempo possível de forma

a diminuir os custos, aumentar as possibilidades de cobertura, reduzir os riscos biológicos de um elevado tempo de permanência do paciente e evitar problemas de natureza psicossocial, tais como: a dependência institucional ou hospitalismo; a nova forma de prática médica deve propor-se a "des-hospitalizar" o paciente.

Estas considerações tornam-se mais relevantes quando se atenta ao crescente número de hospitalizações por condições crônicas, decorrentes de um perfil de demanda que se desloca progressivamente das doenças infecciosas e parasitárias às doenças crônicas degenerativas, como resultado da mudança dos padrões de morbidade nos centros urbanos desenvolvidos do país. Isto se deve também ao aumento do número de pessoas mais idosas, quer em números absolutos quer em proporção à população total. Cerca de 80% de pessoas acima de 60 anos têm desordens médicas de alguma espécie¹.

Diversos estudos evidenciam que o longo tempo de permanência hospitalar de pacientes crônicos raramente encontra uma justificativa médica, sendo elevado o desperdício de leitos-dia. Em um estudo realizado em Liverpool, encontrou-se que 16,8% de pacientes clínicos permaneceram hospitalizados desnecessariamente consumindo 50% do total de leitos-dia anuais. Em outro estudo verificou-se que os pacientes que permaneceram hospitalizados, desnecessariamente, ocuparam 16.000 leitos-dia, dos quais 9.500 correspondiam a pacientes com trinta dias ou mais de hospitalização⁹.

As modificações ocorridas no Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), após a implantação de um convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja característica mais importante é de não se efetuar o pagamento por unidades de serviço^{7, 10} estimularam a preocupação

com o estudo e teste de formas alternativas de terapêutica de pacientes crônicos, visando a um tratamento integral a níveis hospitalar, ambulatorial e familiar. Estas formas alternativas poderão ser incorporadas às rotinas do Hospital de Clínicas da UERJ, com repercussões no ensino médico, contribuindo para “des-hospitalizá-lo” e para alterar os padrões de ensino.

A criação de um grupo de trabalho multidisciplinar foi o instrumento para o estudo e implantação de um programa integral de tratamento de doentes crônicos. O Grupo de Trabalho para Pacientes Crônicos (GTPC) estabeleceu como etapas de atividades:

- 1) realizar um diagnóstico de situação, dimensionando a magnitude do problema e estudando as variáveis associadas à permanência hospitalar desnecessária;
- 2) programar atividades para o tratamento integral de pacientes com condições crônicas selecionadas;
- 3) executar e avaliar o programa;

Este trabalho é relativo a etapa diagnóstica do plano de trabalho do GTPC.

M E T O D O L O G I A

Para dimensionar a magnitude do problema e investigar os fatores associados tomou-se como conceito fundamental o de *hospitalização redundante*⁹, entendida como a permanência desnecessária do paciente no ambiente hospitalar. Este conceito é medido a partir do grau de dependência aos cuidados de enfermagem ou de procedimentos específicos somente possíveis com a hospitalização.

Adotou-se como indicadores uma bateria de itens baseada em Barr citado por Logan et al.⁹ modificada para as condições e possibilidades locais (anexo 1).

Desenvolveu-se este estudo em duas etapas:

Primeira Etapa: Análise de Prontuários

Obteve-se uma amostra aleatória simples de 246 pacientes que se internaram no período de 1.º de janeiro a 28 de fevereiro de 1975 e que permaneceram hospitalizados 25 dias ou mais (média do tempo de permanência hospitalar em 1974). A fração de amostragem foi de 2:5, representando um total de 100 prontuários.

Os pacientes do Setor de Psiquiatria não fizeram parte do estudo por não se enquadrarem nos critérios usados para determinar redundância.

Analisaram-se as anotações das folhas de evolução e de prescrição médicas e relatórios de enfermagem. No caso de ausência de informações para os critérios de redundância (anexo 1) o paciente foi classificado como redundante (Grau 1), por se arbitrar que a não anotação de dados evolutivos já seria evidência de hospitalização desnecessária.

Estes dados foram colhidos por dois dos autores (R.K. e N.L.), submetendo-se os casos duvidosos à discussão pelo grupo de trabalho.

Segunda Etapa: Estudo de Pacientes Hospitalizados

Estudou-se a totalidade dos pacientes que no dia 9 de junho de 1975 completaram 25 dias ou mais de hospitalização, correspondendo a 110 pacientes. Registrou-se em ficha especial (anexo 2) a dependência aos cuidados especiais de enfermagem, durante o período de 9 a 13 de junho. Oito fichas foram desprezadas em decorrência de alta hospitalar ou óbito. As fichas foram preenchidas pela enfermeira-chefe dos diversos serviços, previamente treinada. Os pacientes foram categorizados como redundantes caso apresentassem 4 ou 5 dias de permanên-

cia hospitalar desnecessária. Aqueles em que se constataram dois ou mais dias não redundantes, independentemente das mudanças ocorridas durante o período, foram classificados como não-redundantes.

Em ambas as etapas, as variáveis independentes estudadas e respectivos indicadores foram:

- a) tipo de serviço hospitalar — clínica médica, especialidades clínicas, clínica cirúrgica, especialidades cirúrgicas, pediatria;
- b) sexo;
- c) idade — em anos completos;
- d) condição — clínica ou cirúrgica;
- e) tipo de alta — melhorado, curado, inalterado, óbito;
- f) ocupação — segundo classificação de Hutchinson modificada⁶, apenas na 1.^a etapa;
- g) local de residência — próximo: regiões administrativas distantes até cerca de 30 min. por ônibus; afastado: regiões administrativas distantes mais de 30 min. de ônibus; outros municípios;
- h) diagnóstico;
- i) transferência de serviço (apenas na 2.^a etapa);
- j) forma de financiamento — INPS, Plano de pré-pagamento e não pagantes (apenas na 2.^a etapa).

A variável dependente — redundância de hospitalização foi medida como anteriormente descrita, sendo categorizada por ausência ou presença de redundância ou pelo número de dias redundantes ou não-redundantes.

Utilizaram-se o teste do Qui-quadrado e teste *t* na análise estatística, fixando-se como nível de significância $p = 0,05$ ⁴.

Estimou-se o custo dos dias redundantes de hospitalização pelo cálculo de custos hospitalares realizado pela Divisão Financeira do Hospital de Clínicas da UERJ, baseado nas normas do INPS⁵. Considerou-se o valor de Cr\$ 291,85 (duzentos e noventa e um cruzeiros e oitenta e cinco centavos) com o custo diário do paciente clínico. Adotou-se este critério por ainda não se dispor de informação do custo-dia de pacientes cirúrgicos e por se considerar que a redundância de hospitalização de um paciente cirúrgico o torna comparável a um paciente clínico.

RESULTADOS

Primeira Etapa: Análise de Prontuários

Obteve-se informação completa de 99 prontuários, sendo desprezado um por registro inadequado.

Apresentavam ao menos um dia redundante de hospitalização 68 pacientes (66,68%), encontrando-se maior proporção de redundantes nos serviços de especialidades cirúrgicas, vindo a seguir especialidades clínicas, clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria (Tabela 1). A análise de proporção em relação a pediatria deve ser tomada com cautela face ao pequeno número de casos.

Ao se dividir o número de dias de hospitalização por pacientes, em redundantes e não-redundantes, observou-se que 30,17% do total de dias gastos com a hospitalização foram desnecessários, representando uma perda de 1094 (um mil e noventa e quatro) leitos-dia (Tabela 2). O conjunto de serviços que contribuíram com maior número de pacientes-dia foram as especialidades clínicas, vindo a seguir as especialidades cirúrgicas, clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria.

Considerando-se o custo de paciente-dia nestes serviços, obteve-se uma estimativa de gasto médio redundante por paciente, bem como o total dos custos com os dias redundantes de hospitalização (Tabela 3). O custo total de hospitalização desnecessária para o grupo estudado foi estimado em Cr\$ 319.283,90.

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (redundantes e não-redundantes) quanto as variáveis sexo, idade, cirurgia ou tipo de alta. Face a relativa homogeneidade ocupacional do grupo não se obtiveram informações que permitissem detectar diferenças segundo categorias ocupacionais.

Tão pouco se observaram diferenças significantes, segundo local de residência, sendo que 13 pacientes com dias redundantes residiam em área próxima ao Hospital, representando 20,96% do total.

Dentro as condições que contribuíram com maior número de casos redundantes, agrupados segundo a lista de 17 itens ba-

TABELA 1

Distribuição de 99 pacientes estudados por grupos de serviços, de acordo com a presença de dias redundantes de hospitalização. Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), janeiro-março de 1975

Serviço	Pacientes redundantes		Pacientes não redundantes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Especialidades Cirúrgicas	20	83,34	4	16,66	24	100
Especialidades Clínicas	14	73,68	5	26,32	19	100
Clínica Médica	18	69,23	8	30,77	26	100
Clínica Cirúrgica	12	60,00	8	40,00	20	100
Pediatria	4	40,00	6	60,00	10	100
Total	68	68,60	31	31,40	99	100

$\chi^2_4 = 2,64$
p = N.S.

TABELA 2

Dias de hospitalização redundantes e não redundantes em 99 pacientes estudados, por grupos de serviços. Hospital de Clínicas da UERJ, janeiro-março de 1975

Serviço	Dias redundantes		Dias não redundantes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Especialidades Clínicas	285	40,48	419	59,52	704	100
Especialidades Cirúrgicas	341	40,12	509	59,88	850	100
Clínica Médica	306	32,18	645	67,82	951	100
Clínica Cirúrgica	146	19,26	612	80,74	758	100
Pediatria	16	4,42	346	95,58	362	100
Total	1094	30,17	2521	69,83	3625	100

CORDEIRO, H. de A. et al. — Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I — Etapa diagnóstica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:119-33, 1977.

seada na Classificação Internacional de Doenças, identificaram-se como as mais frequentes (Tabela 4):

— Doenças do aparelho circulatório	17,7%	— Doenças do aparelho circulatório	17,7%
— Doenças do aparelho gênito-urinário	17,7%	— Doenças infecciosas e parasitárias	14,7%
		— Doenças do aparelho digestivo	10,29%
		— Doenças ósteo-muscular	8,82%

TABELA 3

Gastos com pacientes-dia redundantes em 99 pacientes estudados, por grupos de serviços. Hospital de Clínicas da UERJ, janeiro.março, 1975

Serviço	Gasto estimado por paciente/dia	Gasto médio por paciente redundante	Gasto total redundante
Especialidades Clínicas	Cr\$ 291,85	Cr\$ 7.310,84	Cr\$ 83.177,25
Especialidades Cirúrgicas	291,85	4.976,04	99.520,85
Clinica Médica	291,85	4.961,45	89.306,10
Clinica Cirúrgica	291,85	3.551,81	42.610,10
Pediatria	291,85	1.167,40	4.669,60
Total	291,85	4.660,84	319.283,90

TABELA 4

Condições mais frequentes no grupo de 99 pacientes estudados segundo categorias de redundância, segundo lista de grupos de causas (Classificação Internacional de Doenças)

Causas	Redundantes		Não redundantes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Doenças do aparelho circulatório	11	73,33	4	26,66	15	100
Doenças infecciosas e parasitárias	10	83,33	2	16,66	12	100
Doenças do aparelho gênito-urinário	11	78,57	3	21,45	14	100
Doenças do Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	5	83,33	2	16,66	7	100
Neoplasias	5	35,71	9	64,28	14	100
Doenças do aparelho digestivo	7	77,77	2	22,22	9	100
Doenças ósteo-muscular e tecido conjuntivo	6	75,00	2	25,00	8	100
Anomalias congênitas	2	100,00	—	—	2	100
Doenças endócrinas e metabolismo	3	50,00	3	50,00	6	100
Doenças de Pele	3	100,00	—	—	3	100
Doenças do Sangue	1	100,00	—	—	1	100
Acidentes, envenenamentos, violência	—	—	—	—	—	—
Transtornos mentais	—	—	—	—	—	—
Complicações da gravidez	—	—	—	—	—	—
Condições pré-natais	—	—	—	—	—	—
Condições mal definidas	1	100,00	—	—	1	100
Doenças do aparelho respiratório	3	42,60	4	57,14	7	100
Total	68	68,60	31	31,40	99	100

— Doenças do SN e órgãos do sentido 7,35%

Segunda Etapa: Estudo de Pacientes Hospitalizados

Constatou-se que 60 pacientes (58,82%) foram categorizados como redundantes, correspondendo a 315 pacientes-dia redundantes em uma semana, ou seja, 59,80% do total de pacientes-dia na semana estudada.

Uma vez que os grupos de serviços considerados contribuem com proporções diferentes para o total de leitos-dia do Hospital, estudou-se o número de dias redundantes de hospitalização em relação ao total de leitos-dia, efetivamente ocupados, com que cada serviço ou grupo de serviços participaram nos cinco dias. Verificou-se que a maior proporção de leitos-dia redundantes ocorreu no Serviço da Clínica Médica (16,49%), vindo a seguir Especialidades Clínicas (13,81%), Especialidades Cirúrgicas (12,21%), Pediatria (10,60%) e Clínica Cirúrgica (7,70%).

Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre as variáveis independentes estudadas e a redundância de hospitalização.

Os oito grupos de condições que contribuíram com maior proporção de casos redundantes foram: doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho osteomuscular e conjuntivo, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho genito-urinário, doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos (Tabela 8). As doenças mais frequentes no grupo estudado estão apresentadas na Tabela 9.

A análise específica destes pacientes evidenciou que se tratavam de casos onde cuidados domiciliares (exercícios respiratórios, nebulizações, cuidados preventivos

contra escaras de decúbito, etc.) poderiam ser executados sob supervisão semanal realizada por enfermeiro especialmente treinado.

Verificou-se, ademais, que freqüentemente o paciente permanecia hospitalizado aguardando transferência para outro hospital (especializado em câncer ou em crônicos) ou aguardando o comparecimento de um membro da família.

D I S C U S S Ã O

O estudo de dias redundantes de hospitalização não permitiu identificar variáveis demográficas associadas a condição básica dos pacientes de forma a caracterizar a partir destes dados os grupos prioritários para um programa integral de tratamento.

Entretanto, verificou-se que certos grupos de diagnóstico participaram em maior proporção, tais como os descritos na Tabela 2. Ressalta-se que as diferenças encontradas entre as duas etapas do estudo referente a participação dos diversos serviços e grupos de diagnóstico decorrem da diferença de períodos estudados e da forma de obtenção dos dados em cada etapa, obteve-se dados mais confiáveis em decorrência do sub-registro de informações nos prontuários.

De qualquer forma, demonstrou-se a magnitude do problema, apontando-se que:

a) 68 pacientes (68,6%) entre 99 que permaneceram 25 dias ou mais hospitalizados foram redundantes em algum momento da hospitalização. Este critério foi adotado por não ter sido investigado se a presença de dias redundantes ao início da hospitalização teriam influenciado o surgimento de condições que agravaram o estado do paciente, como por exemplo infecção hospitalar;

b) 1094 dias de hospitalização (30,17%) neste grupo de pacientes foram desnecessários, representando elevado ônus para o hospital e para a comunidade;

c) em uma semana, observou-se que 60 (58,82%) de 102 pacientes estavam hospitalizados desnecessariamente, após o 25.º dia de hospitalização;

d) este grupo de pacientes contribuiu com 315 dias de hospitalização desnecessária, na semana estudada.

Ressalta-se que nesta segunda etapa do estudo não se investigou a redundância antes do 25.º dia de hospitalização, tal como realizado na primeira etapa.

As causas de hospitalização desnecessária não parecem estar vinculadas às características demográficas dos pacientes, mas sim às formas institucionais de conduta a tais casos.

Presume-se que em termos financeiros o custo do atendimento combinado ambu-

TABELA 5

Distribuição de 102 pacientes selecionados por grupos de serviços, de acordo com a presença de dias redundantes de hospitalização, verificados durante uma semana. Hospital de Clínicas da UERJ, junho de 1975

Serviço	Pacientes redundantes		Pacientes não redundantes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Clínica Médica	22	73,3	8	26,7	30	100
Especialidades Clínicas	11	68,7	5	31,3	16	100
Pediatria	4	60,0	2	40,0	6	100
Especialidades Cirúrgicas	15	53,6	13	46,4	28	100
Clínica Cirúrgica	8	36,4	14	63,6	22	100
Total	60	58,8	42	41,2	102	100

$$\chi^2_4 = 8,14$$

p = N.S.

TABELA 6

Dias de hospitalização redundantes e não redundantes em 102 pacientes estudados, em uma semana, por grupos de serviços. Hospital de Clínicas da UERJ, junho de 1975

Serviço	Dias redundantes		Dias não redundantes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Clínica Médica	113	71,9	44	28,1	157	100
Especialidade Clínica	59	67,8	28	32,2	87	100
Pediatria	20	66,6	10	33,4	30	100
Especialidade Cirúrgica	81	57,8	59	42,2	140	100
Clínica Cirúrgica	42	36,8	72	63,2	111	100
Total	315	59,8	213	40,2	528	100

CORDEIRO, H. de A. et al. — Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I — Etapa diagnóstica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:119-33, 1977.

TABELA 7

Distribuição segundo categorias de 17 grupos de causas da Classificação Internacional de Doenças, de pacientes agrupados em categorias de redundância de Hospitalização. Hospital de Clínicas da UERJ, junho de 1975

Causas	Pacientes redundantes		Pacientes não redundantes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Doença ósteo-muscular e conjuntiva	10	66,0	5	33,33	15	100
Doença do aparelho circulatório	9	60,0	6	40,00	15	100
Doença do aparelho digestivo	8	57,0	6	42,85	14	100
Doença do aparelho respiratório	7	87,5	1	12,50	8	100
Doença do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	6	37,5	10	62,50	16	100
Neoplasias	5	62,5	3	37,50	8	100
Doença do aparelho gênito-urinário	4	44,4	5	55,50	9	100
Diagnósticos não definidos	4	100,0	—	—	4	100
Doença de pele	3	100,0	—	—	3	100
Doenças endócrinas e do metabolismo	2	40,0	3	60,00	5	100
Doenças do sangue	—	—	—	—	—	—
Transtornos mentais	—	—	—	—	—	—
Anomalias congênitas	—	—	—	—	—	—
Certas causas de mortalidade e morbidade perinatal	—	—	—	—	—	—
Acidentes, envenenamentos, violências	—	—	1	100,00	1	100
Complicações da gravidez	—	—	—	—	—	—
Doenças infecciosas e parasitárias	—	—	—	—	—	—

TABELA 8

Distribuição dos sete grupos de causas mais freqüentes no grupo de 102 pacientes estudados de acordo com a redundância da hospitalização. Hospital de Clínicas da UERJ, junho de 1975

Causas	Total		Pacientes redundantes		Pacientes não redundantes	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Doenças do aparelho respiratório	8	100	7	87,5	1	12,5
Doenças do aparelho ósteo-muscular e tecido conjuntivo	15	100	10	66,6	5	39,4
Neoplasias	8	100	5	62,5	3	37,5
Doenças do aparelho circulatório	15	100	9	60,0	6	40,0
Doenças do aparelho digestivo	14	100	8	57,1	6	42,8
Doenças do aparelho gênito-urinário	9	100	4	44,4	5	45,5
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	16	100	6	37,5	10	62,5

TABELA 9

Distribuição das doenças mais freqüentes nos cinco grupos de causas da Classificação Internacional de Doenças que contribuíram com maior número de pacientes redundantes. Hospital de Clínicas da UERJ, junho de 1975

Causas	Doença	N.º de casos
Doenças do aparelho respiratório	Pneumopatia complicada	3
	Doenças pulmonar obstrutiva crônica	2
Doenças do aparelho ósteo-muscular e tecido conjuntivo	Fraturas	4
Doenças do aparelho circulatório	Hipertensão arterial com ou sem insuficiência cardíaca	4
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	Acidente vascular cerebral	4
Doenças do aparelho digestivo	Cirrose hepática	2

latorial e domiciliar será menor que o gasto na hospitalização como foi observado nos EUA onde atingiu um terço do custo². Por outro lado, os doentes deverão preferir o tratamento em sua própria casa do que em uma instituição pois a internação em hospital provoca despersonalização do enfermo, sensação de isolamento do contacto familiar e aumento de mortalidade³.

Isto nos leva a propor que sejam estabelecidos programas de tratamento domiciliar de pacientes crônicos, articulados aos outros níveis de assistência médica requerida por tais pacientes, como tratamento ambulatorial, emergência, hospitalização para casos agudizados e hospitais de longo tempo de permanência ("hospitais de crônicos").

As dificuldades no estabelecimento de tais programas explicam-se pela falta de interesse dos médicos no tratamento do paciente cuja evolução se prolonga por anos, e mais do que isto, pelo fato de muitos hospitais ganhando por unidade

de serviços estarem interessados em reter o paciente até que surja um novo caso para ocupar aquele mesmo leito. O próprio INPS sendo o maior comprador de serviços hospitalares ao setor privado ainda não estimulou a "des-hospitalização" dos pacientes crônicos.

RECOMENDAÇÕES

O Hospital de Clínicas da UERJ pretende utilizar o presente trabalho para iniciar um programa experimental de atendimento integral do paciente crônico visando demonstrar seus efeitos benéficos sob o ponto de vista econômico, de relações entre o hospital e a comunidade e, especialmente, para o próprio paciente.

Para sua concretização sugere-se que o programa contemple prioritariamente:

1.º) tratamento prioritário para pacientes com doenças crônicas do aparelho respiratório, ósteo-muscular e conjuntivo, circulatório, digestivo, gênito-urinário e sistema nervoso e órgãos dos sentidos;

2.º) estabelecimento de rotinas para procedimentos específicos de cada grupo de doenças, incluindo critérios para:

- tratamento e alta hospitalar;
- tratamento e alta ambulatorial;
- tratamento domiciliar;
- re-internação;

3.º) delimitação de uma área de acesso no tempo máximo de 30 min. por veículo motorizado do hospital para início do programa piloto;

4.º) constituição de uma equipe permanente do programa, composta de médicos, residentes e/ou internos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e estudantes, bem como o estabelecimento das facilidades necessárias ao transporte da equipe de visitação domiciliar;

5.º) estabelecimento de critérios de avaliação permanente do programa.

Reconhece-se que um Programa Integral de Tratamento de Pacientes Crônicos encontrará maiores condições de eficácia caso se estabeleçam:

a) critério de regionalização para as ações de saúde do Hospital de Clínicas da UERJ e de suas futuras unidades periféricas³;

b) dinamização do ambulatório de medicina integral, segundo o proposto por Noronha e colaboradores*;

c) formas de financiamento que contemplam o atendimento integral, excluindo-se o pagamento por unidade de serviços e valendo-se das disposições previstas no protocolo MEC-MPAS, base do atual convênio do Hospital de Clínicas da UERJ com o INPS;

d) rotinas de diagnóstico e tratamento;

e) sistemas de avaliação permanente da eficiência e efetividade da assistência médica prestada.

CONCLUSÕES

Face à relevância do problema, a reformulação do tratamento de pacientes crônicos torna-se necessária para combater a inflação nos gastos em Saúde bem como trazer ao paciente uma melhor sensação de proteção, além de restaurar a prática médica integral, descaracterizada pela superespecialização.

Os programas inovadores de tratamento de pacientes crônicos e estudos sobre redundância de hospitalização deverão ser estimulados de tal forma que propiciem os elementos necessários ao aumento da eficiência e eficácia dos equipamentos hospitalares, tendo como princípios elementares e fundamentais que a hospitalização não é isenta de riscos ao paciente, é altamente dispendiosa e não raramente está longe contribuir para elevar o estado sanitário da população.

O tratamento integral de pacientes crônicos, com ênfase no tratamento ambulatorial e domiciliar poderá contribuir para redimensionar as tendências da atual prática médica que cada vez mais deve procurar atender antes às necessidades do paciente do que às dos produtores de ações de saúde.

* J. C. Noronha e colabs. Transformações de um ambulatório de Medicina Integral com vistas a um programa de atenção primária, 1975. (Dados inéditos).

CORDEIRO, H. de A. et al. — Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I — Etapa diagnóstica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:119-33, 1977.

RSPU-B/344

CORDEIRO, H. de A. et al. [A programme for comprehensive treatment of chronic hospital patients at the Rio de Janeiro State University Hospital. I — The diagnostic phase.] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:119-33, 1977.

ABSTRACTS: *A study on redundant days of hospitalization based on the concept of nursing care dependence showed that among the 99 patients studied 68 demonstrated redundant days during their hospitalization of 25 or more days. This implies a wastage of 1094 bed-days. In another study a group of 102 patients and redundancy was identified in 60 patients. There was no significant statistical difference between the redundant and non-redundant patients according to the social and demographic variables studies. Five diseases were found to be more frequent among the redundant patients: respiratory diseases, fractures, arterial hypertension with or without cardiac failure, cerebral strokes and hepatic cirrhosis. Considering the great wastage of material and financial resources and the risks of a long-term hospitalization for patients, it is recommended that experimental home care programmes for a more reasonable treatment of chronic patients should be tested.*

UNITERMS: *Hospitalization. Chronic diseases. Hospitals, Teaching (University of the State of Rio de Janeiro, Brazil).*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Central de Medicamentos — Plano diretor de medicamentos, 1.ª etapa: 1973/1978, análise de diagnóstico. Brasília, 1973. v. 2.
2. BRICKNER, P.W. et al. — The homebound aged. *Ann. intern. Med.*, 82: 1-6, 1975.
3. CHAVES, M. — Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. [Apresentado ao Seminário sobre Hospitais de Ensino. Rio de Janeiro, 1975].
4. CROXTON, F.E. — *Elementary statistics with application in medicine and biological sciences*. New York, Dover, 1953.
5. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Centro de Custos Hospitalares. *Relatório de análise de custos de hospitalizações no Departamento de Medicina*. Rio de Janeiro, 1975.
6. HUTCHINSON, B. — *Morbidade e trabalho: um estudo da cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, 1960.
7. LANDMANN, J. — Os hospitais universitários e o convênio MEC/Previdência Social. *Rev. bras. Med.*, 32:160-4, 1975.
8. LAROTON, M.P. — Social ecology and the health of the older people. *Amer. J. publ. Hlth.*, 64:257-60, 1974.
9. LOGAN, R.J.L. et al. — *Dynamics of medical care*. London, School of Hygiene, 1972. p. 53-65. (Mem. n. 14).
10. MELLO, C.G. de — *A previdência social e os hospitais de ensino; o convênio INPS/UEG*. Rio de Janeiro, 1975. [mimeografado].

*Recebido para publicação em 29/06/1976
Aprovado para publicação em 10/09/1976*

CORDEIRO, H. de A. et al. — Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I — Etapa diagnóstica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:119-33, 1977.

ANEXO 1

Critério de dias redundantes

Categoria	F. Evolução	F. Medicação	Relat. Enfermagem
1	Passando bem; estado inalterado; sem queixas. Anota apenas PA e PR sem outras observações clínicas.	Medicação sintomática, vitaminas; repete a medicação; sem indicações de cuidados especiais de enfermagem ou pedidos de procedimentos especiais.	Paciente passando bem; sem ordem de repouso; deambulando normalmente.
2	Anota dados clínicos significativos; alteração na evolução clínica; anota solicitação de pareceres ou procedimentos especiais de diagnóstico.	Altera a indicação; medicação não sintomática (uso de antibióticos, digitálicos, etc.).	Recomendado repouso no leito; porém sem cuidados especiais.
3	Paciente inconsciente; confusão mental; estado grave: alterações circulatórias, respiratórias ou metabólicas pós-operatório imediato.	Medicação intravenosa; cateterismos; motorização; respiração assistida; cuidados especiais de enfermagem; oxigenioterapia.	Cuidados especiais de enfermagem; inconsciente ou confusão mental; não deambula; não se alimenta por si próprio.

CORDEIRO, H. de A. et al. — Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I — Etapa diagnóstica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:119-33, 1977.

A N E X O 2

Lista de procedimentos de enfermagem

Não Específicos	Dias					Categoria
	1	2	3	4	5	
1. Diurese e peso diário						
2. Temperatura axilar						
3. Controle de injeção hídrica						
4. Dieta especial						
5. Banho no leito com ou sem mudança de decúbito						
6. Medicação IM ou SC ou VO						
7. Tapotagem						
8. Exercícios respiratórios						
9. Nebulização						
10. Gastrostomia e/ou colostomia						
11. Cateter vesical (exclusiva/drenagem)						
12. Traqueostomia (manter vias permanentes)						
13. Glicosuria						
14. Feridas sem curativos especiais não ultrapassando sub.cutâneo com ou sem infecção						

CORDEIRO, H. de A. et al. — Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I — Etapa diagnóstica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:119-33, 1977.

A N E X O 2 (Continuação)

Específicos	Dias					Categoria
	1	2	3	4	5	
1. Balanço hídrico rigoroso						
2. PA e PR						
3. Cateter vesical (com cuidados especiais)						
4. Diurese horária						
5. SNS						
6. Hidratação parenteral						
7. Medicação EV						
8. Drenagens						
9. O ₂ contínuo ou intermitente						
10. Nebulização + taponagem + exercício respiratório						
11. Traqueotomia (pneumopatia, necessidade de aspiração e/ou nebulização e/ou admin. O ₂)						
12. Feridas que ultrapassem o sub-cutâneo infectado ou não com curativo especial						
13. Hipertemia com solicitação de hemocultura						
III Total						