



Fatores que contribuem para o aumento do tempo de permanência na clínica médica de um hospital público

Factors that contribute to increase the time of permanence in the medical clinic of a public hospital

Recebido: 18/01/2023 | Aceito: 25/02/2023 | Publicado: 27/02/2023


João Victor Fernandes Beserra¹


 <https://orcid.org/0000-0002-4235-5446>

 <http://lattes.cnpq.br/9709739628297208>

Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, DF, Brasil
E-mail: joaovictor.fernandes6@gmail.com


Maria Clara Bueno Mendes²


 <https://orcid.org/0000-0001-6176-3851>

 <http://lattes.cnpq.br/0294050013461197>

Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, DF, Brasil
E-mail: maria.mendesal@escs.edu.br


Ingrid Muniz Cunha³


 <https://orcid.org/0000-0003-0530-2406>

 <http://lattes.cnpq.br/2644372536811019>

Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, DF, Brasil
E-mail: ingrid.cunhaal@escs.edu.br

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5140-0237>

 <http://lattes.cnpq.br/8079354830579356>

Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, DF, Brasil
E-mail: elisabete.mesquita29@gmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores que contribuem para o aumento do tempo de permanência na Unidade de Clínica Médica de um hospital público do Distrito Federal.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo e quantitativo, que analisou prontuários de pacientes com período de internação ≥ 7 dias. Para coleta de dados, foi utilizado formulário específico com o objetivo de registrar informações relacionadas a indicadores sociodemográficos e epidemiológicos. Para a análise dos dados, utilizou-se de estatística descritiva, sendo que para o tratamento dos dados, as frequências absolutas e relativas foram aplicadas. **Resultados:** Foram analisados 368 prontuários, evidenciando que houve maior utilização de leitos hospitalares por

¹ Graduação em andamento em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasil.

² Graduanda em enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Membro da Liga Acadêmica de Parto humanizado LAPH- ESCS. Membro da Liga Acadêmica Multidisciplinar de Saúde da Família e Comunidade LAMFAC-ESCS. Formada em inglês pelo Centro de Cultura Anglo-Americana-CCAA

³ Acadêmica de Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) do Distrito Federal. Participante da Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos da Escola Superior de Ciências da Saúde (LACP - ESCS). Participante da Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde Integral do Neonato e da Criança (LAESINC - UFRJ). - Contato: munizingrid@escs.edu.br

⁴ Enfermeira - SES/DF. Doutorado em Ciências da Saúde - Universidade de Brasília(UnB). Mestre em Ciências da Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde-FEPECS. MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção Hospitalar; Especialização em Saúde Pública; Especialista em Enfermagem Obstétrica -UnB(2000); Graduada em Enfermagem e Obstetria - Universidade Estadual Vale do Acaraú

indivíduos do sexo masculino (54,89%), com média de idade de 61,83 anos (DP: 17,55), com idade mínima de 19 anos e máxima de 99 anos, residentes em Sobradinho - DF (58,15%). Os principais fatores que contribuíram para o aumento do tempo de permanência hospitalar foram: a espera pela realização de exames, a espera para finalização do tempo de antibioticoterapia, compensação clínica e espera por pareceres de outras especialidades. Evidenciou-se que 31,79% dos pacientes permaneceram internados até 10 dias, 19,83% de 11-15 dias e 48,36% com tempo de internação maior que 15 dias. Destes, 48% dos pacientes internados no período pesquisado ocuparam o leito por 15 dias. A média do tempo de internação no serviço de saúde no período pesquisado foi de 20,21 dias (DP: 17,21). **Conclusão:** Verificou-se que o atraso na desospitalização é multifatorial e evitável se estratégias adequadas forem implementadas em prazo adequado. Espera-se que este estudo possa contribuir para o planejamento de ações que visem dar respostas rápidas às necessidades dos usuários e do serviço, otimizando o processo de internação e de alta e reduzindo o tempo de permanência.

Palavras-chave: Tempo de internação. Hospitalização. Hospital público. Gestão em saúde. Administração hospitalar.

Abstract

Objective: to describe the factors associated with the increase in the average length of stay in the medical clinic unit of a public hospital in the Distrito Federal. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional, retrospective and quantitative study that analyzed medical records of patients with hospitalization period ≥ 7 days. For data collection, a specific form was used to record information related to sociodemographic and epidemiological indicators. Descriptive statistics were used for data analysis, and for the data processing, absolute and relative frequencies were applied. **Results:** we analyzed 368 medical records, showing that there was a higher use of hospital beds by male individuals, over 60 years old and living in Sobradinho - DF. The following factors were identified that prolonged the eviction of beds: the waiting for exams, the wait for completion of antibiotic therapy time and waiting for opinions from other specialties. It was evidenced that 117 patients remained hospitalized for up to 10 days, 73 from 11-15 days and 178 >15 days. of these, 48% of the patients hospitalized in the surveyed period occupied the bed for >15 days. The mean length of stay in the health service in the period surveyed was 20,21 days. **Conclusion:** it was found that the delay in dehospitalization is multifactorial and that requires improvement in the management process aiming at greater agility in the provision of services. Delay in discharge hospital is avoidable if appropriate strategies are implemented within the appropriate time frame. It is hoped that the study can contribute for action planning that aim to give quick answers to the needs of users and the service, optimizing the hospitalization and discharge process and reducing dwell time.

Keywords: Length of Stay. Hospitalization. Hospital Public. Health Management. Hospital Administration.

1. Introdução

Ao longo das décadas, a atenção hospitalar tem sido um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática, estas instituições agregam uma série de funções que as caracterizam como organizações mais complexas do setor saúde.¹ O SUS é um sistema federativo com participação das três esferas de governo, mediante a realização de serviços universais e gratuitos em todo o território nacional. Trata-se da maior política de inclusão social da história, rompendo uma divisão injusta, ao tornar a saúde um direito de todo cidadão e um dever do Estado.²

É necessário criar espaços de discussão dos principais aspectos que dificultam a consolidação do SUS, estudando as responsabilidades sanitárias e o papel das esferas de governo. Passados mais de 30 anos, os debates apontam para o planejamento de políticas que superem os desafios atuais e futuros, mas que assegurem o direito social do cidadão de acesso universal à saúde.³ Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) surgiu da necessidade de se reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS.⁴

De acordo com o Eixo Hospitalar dessa Política, a assistência hospitalar no SUS é organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. A atenção hospitalar deve atuar de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.⁴

A PNHOSP traz como proposta para estruturação do serviço, a implantação do Núcleo Interno de Regulação. Uma das principais atribuições desse núcleo consiste em otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.⁵

Ainda assim, a gestão da assistência hospitalar tem se tornado uma tarefa desafiadora, especialmente no serviço público, no qual a demanda é maior que a oferta por leitos hospitalares, tendo em vista a transição demográfica acelerada, o predomínio das condições crônicas, bem como o sistema voltado para atender às condições agudas em Unidades de Urgência. Isso tem contribuído para a superlotação dos hospitais públicos, com internações prolongadas, ocupação desnecessária de leitos e altos custos para a saúde.^{3,6}

Atualmente, a gestão de leitos trabalha na promoção do uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica. Anschau et al.⁷ definem a gestão da clínica como práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir do perfil dos usuários da gestão de leitos, responsabilização compartilhada entre as equipes e avaliação de indicadores assistenciais.

Para Rufino et al.,⁸ a demora no giro dos leitos no sistema hospitalar decorre de longas internações, por tempo além do necessário, de forma que impossibilitam a utilização de leitos por quem realmente precisa deles. A utilização de indicadores, de modo a monitorar o tempo de permanência hospitalar é uma tendência mundial em um cenário cujos recursos e leitos hospitalares são cada dia mais limitados, objetivando-se, desta maneira, evitar a longa permanência do usuário no hospital.

O alcance do desempenho assistencial condizente, na utilização desses indicadores, demanda avaliações contínuas e sistemáticas dos cuidados ofertados

aos usuários nas instituições. Assim, o uso dessas ferramentas torna-se uma intervenção segura em busca de cuidado seguro, na identificação de riscos evitáveis, no auxílio a ações corretivas, direcionando reajustes de metas por meio de iniciativas educacionais e da valorização do profissional.⁹

A internação é um recurso do sistema de saúde utilizado na tentativa de recuperar a saúde do indivíduo. No entanto, é importante acompanhar o tempo em que o paciente permanece internado, pois a qualidade da assistência à saúde pode ser prejudicada por longos períodos de permanência hospitalar. Vale ressaltar, que as internações prolongadas estão relacionadas à infecção hospitalar, desenvolvimento de úlcera de pressão, desnutrição, quedas, diminuição da capacidade funcional, mudanças na qualidade de vida e, vários outros fatores que prejudicam a saúde dos pacientes e podem ser irreversíveis.¹⁰

Nesse contexto, esse estudo se justifica pela necessidade de desvelar as pendências que atrasam a desospitalização, levando os pacientes a permanecerem internados por tempo mais prolongado. Dessa forma é possível definir prioridades e planejar ações direcionadas a evitar a longa, e por vezes desnecessária, permanência do usuário no hospital.

Tem-se, pois, por objetivo geral deste estudo, identificar os fatores que contribuem para o aumento do tempo de permanência na Unidade de Clínica Médica de um hospital público do Distrito Federal.

2. Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, do tipo transversal e retrospectivo, realizado por meio de coleta de dados da planilha KAMBAN®, complementado pelas informações do prontuário do paciente.

O cenário do estudo é um hospital público do Distrito Federal, caracterizado como de atenção secundária, com um total geral de 304 leitos ativos. Desses leitos, 187 são destinados à internação, 64 são leitos de Pronto Socorro e 53 são leitos complementares (Unidade de Terapia Intensiva adulto, Neonatal e de Cuidados Intermediários). Atualmente, a Unidade de Clínica Médica conta com 36 leitos ativos, sendo 04 destinados a pacientes da Nefrologia.

A média da taxa de ocupação na enfermaria de clínica médica foi de 78% no primeiro semestre de 2019 e de 84% no segundo semestre. Para um paciente conseguir um leito de enfermaria na unidade de Clínica Médica, ele passa pelo seguinte fluxo: o paciente é atendido no Serviço de Pronto Atendimento (principal porta de acolhimento das instituições hospitalares); confirmada a necessidade de internação, ele aguarda em leito do SPA até conseguir um leito de enfermaria. Algumas vezes, o paciente espera por mais de 24 horas até ser encaminhado à enfermaria. Este estudo analisou os prontuários dos pacientes que conseguiram um leito de internação na Unidade de Clínica Médica (enfermaria).

Foram coletadas informações dos prontuários dos pacientes internados de janeiro de 2019 a janeiro de 2020, tratando-se, portanto, de uma amostra censitária com 368 prontuários. Foram incluídos no estudo todos os prontuários dos pacientes admitidos na Unidade de Clínica Médica com período de internação igual ou superior a 7 dias. Foram excluídos do estudo os prontuários dos pacientes com período de internação inferior a 7 dias na unidade de clínica médica.

É importante esclarecer que se optou por esse período para evitar vieses no entendimento dos fatores relacionados ao tempo de permanência, tendo em vista que após janeiro de 2020, o quadro de internações na unidade de clínica médica foi

adaptado às demandas dos pacientes acometidos pela pandemia da covid-19 que necessitaram de internação.

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras e ocorreu no período de janeiro a junho de 2022. Os dados foram extraídos inicialmente do KANBAN®, planilha de Software Microsoft Excel, utilizada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para registro e análise dos indicadores relacionados à taxa de ocupação e tempo médio de permanência.

A Gestão de Leitos é o setor responsável por alimentar diariamente a planilha que subsidia os gestores na tomada de decisão com relação a abertura ou fechamento de leitos e disponibilidade para receber os pacientes procedentes de outras instituições. Esse setor também avalia a capacidade máxima da instituição e analisa o Índice de Rotatividade do hospital, entre outras decisões que competem à gestão local e à SES/DF.

Essa planilha categoriza as internações por meio de sinalizações, com as cores vermelho, amarelo e verde, permitindo verificar se o tempo de internação de cada paciente está adequado aos padrões pré-estabelecidos. É importante esclarecer que o Tempo Médio de Permanência (TMP) representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital. É calculado pelo somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês dividido pelo número de saídas (somatório de altas, transferências externas e óbitos no hospital, no período de um mês).¹¹

Após finalizada a coleta de dados da planilha, os dados relacionados a data da alta hospitalar foram complementados pelo prontuário eletrônico do paciente. Na instituição pesquisada não se utiliza prontuário físico. Para coleta de dados foi desenvolvido um formulário específico para esse estudo, que teve como objetivo registrar as seguintes variáveis: informações relativas a indicadores demográficos (sexo, grupo etário e local de moradia) e epidemiológicos (tempo de internação, causa diagnóstica de entrada e, pendências que seguraram o paciente no leito e corroboraram ao aumento do tempo de internação).

Utilizou-se estatística descritiva conforme as variáveis coletadas, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas, bem como medidas descritivas de tendência central (média) e de dispersão (mínima e máxima e desvio padrão). Para armazenamento e análise dos dados foram utilizados os softwares Microsoft Excel e o SPSS (Statistical Package for Social Science).

Foram respeitados todos os conceitos éticos e de confidencialidade relacionados às informações dos participantes nos prontuários examinados durante o estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES/DF e aprovado com parecer substanciado nº 5.189.602 CAAE: 21157119.0.0000.5553, de 29 de dezembro de 2021.

3. Resultados

A caracterização dos pacientes da amostra do estudo foi realizada para as variáveis *sexo*, *idade* e *procedência*. Os dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes da amostra. Brasília, 2022.

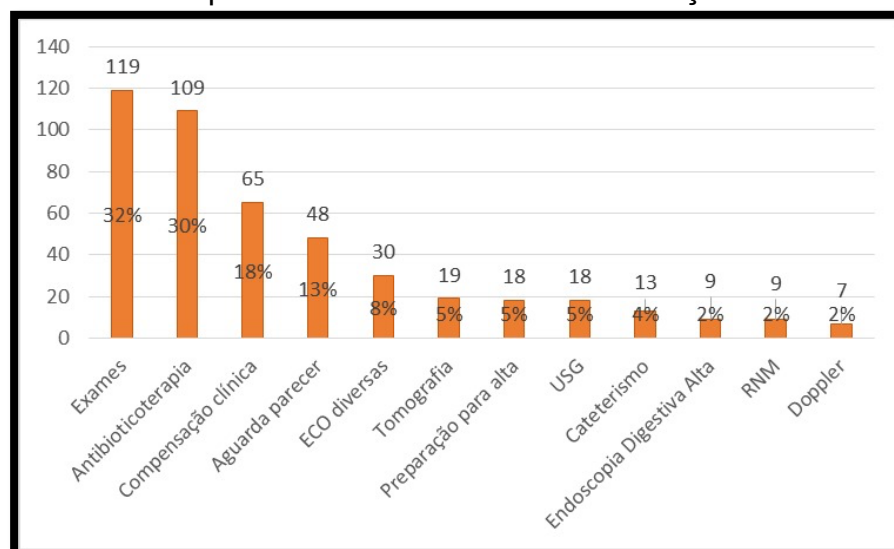
Variáveis	n	%	Média	DP
Sexo				
Masculino	202	54,89		
Feminino	163	44,29		
Não informado	3	0,81		
Total	368	100		
Faixa Etária				
18-30	20	5,4		
31-40	25	6,8		
41-50	56	15,2		
51-60	61	16,6		
61-70	82	22,3		
71-80	64	17,4		
81-90	46	12,5		
> 90	14	3,8		
Total	368	100	61,83	17,55
Procedência				
Sobradinho	214	58,15		
Planaltina	69	18,75		
Outros	85	23,09		
Total	368	100		

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 368 prontuários que compuseram a amostra, 54,89% eram de usuários do sexo masculino. Em relação à faixa etária, a idade média foi de 61,83 anos (DP= 17,55); a idade mínima foi de 19 anos e a idade máxima foi de 99 anos. Quanto à procedência, 23% dos pacientes não pertencem à Região Administrativa onde está localizado o hospital.

A Figura 1 apresenta as pendências que motivaram a demora na liberação da alta hospitalar.

Figura 1 – Pendências que motivaram a demora na liberação da alta. Brasília, 2022.

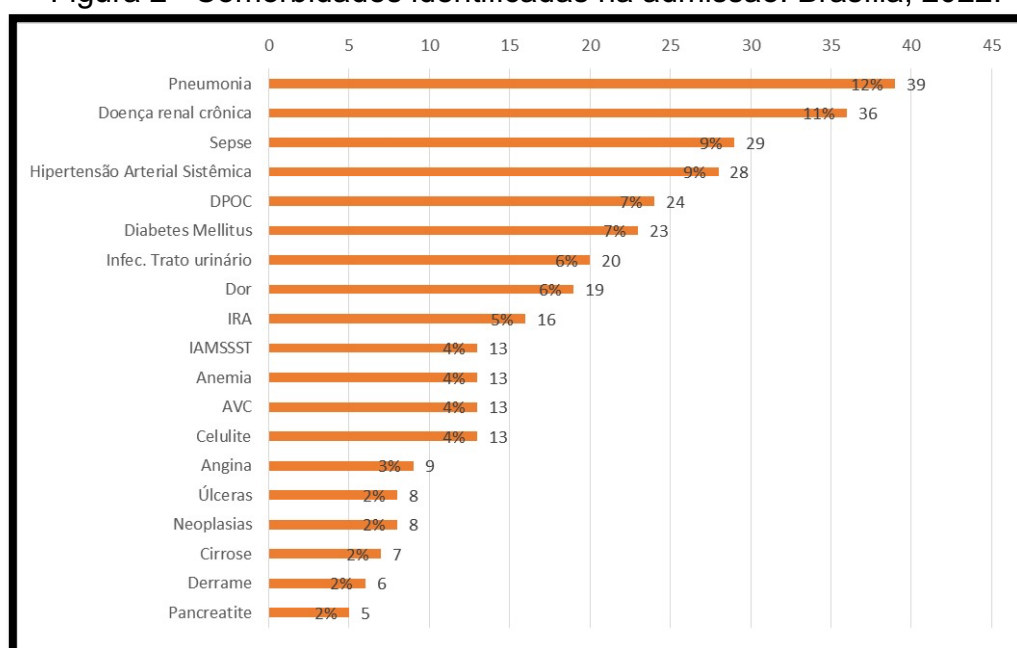


Fonte: Dados da pesquisa

As principais “pendências” registradas na planilha KANBAN que motivaram a demora, aumentando o tempo de internação do paciente foram: os exames em geral respondem por 56%, seguidos por espera por complementação de antibioticoterapia (30%), aguardando compensação clínica (18%) e espera por pareceres de outra especialidade (13%). Cabe ressaltar que um mesmo paciente apresentou mais de uma pendência, como, por exemplo, exames e antibioticoterapia ou desestabilização clínica e parecer de outra especialidade.

A Figura 2 apresenta o diagnóstico de entrada na admissão no serviço de saúde.

Figura 2– Comorbidades identificadas na admissão. Brasília, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 2 apresenta os diagnósticos registrados na admissão dos pacientes no serviço de saúde. As cinco primeiras causas de internação mais prevalentes foram: Pneumonia (12%), Doença Renal Crônica (11%), Sepse (9%), Hipertensão Arterial Sistêmica (9%) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (7%).

Tabela 2 – Tempo de internação na enfermaria de Clínica Médica. Brasília, 2022.

Variáveis	n	%	Média	DP
Tempo de internação em dias				
7 a 10 dias	117	31,79		
11 a 15	73	19,83		
> 15 dias	178	48,36		
Total	368	100	20,21	17,41

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 2 apresenta o tempo de internação em dias. Evidencia-se que quase 50% dos pacientes internados no período pesquisado ocuparam o leito por mais de 15 dias. Verificou-se que 117 pacientes (31,79%) permaneceram internados até 10

dias, 73 (19,83%) de 11 a 15 dias, e 178 (48,36%), mais de 15 dias. A média do tempo de internação dos pacientes no serviço de saúde foi de 20,21 dias.

4. Discussão

Dos 368 prontuários avaliados nesse período, 54,89% eram de usuários do sexo masculino. Esses dados são corroborados por outros estudos^{12,13} sobre perfil de pacientes adultos internados na clínica médica. Entretanto, em outros dois estudos encontrou-se predomínio do sexo feminino.^{10,14} Pesquisas demonstram que as mulheres procuram mais pelos serviços de saúde, ao contrário do encontrado na presente pesquisa.

Em relação à idade dos participantes, a maioria dos participantes apresentava faixa etária acima de 60 anos, sendo a média de idade de 61,83 anos. Constata-se tendência mundial ao aumento da faixa etária da população, e o envelhecimento da população brasileira tem trazido uma mudança no perfil da saúde da população, conseqüentemente, da população hospitalizada, à medida que o envelhecimento acarreta naturalmente alterações fisiológicas sucessivas que se refletem no perfil dos pacientes internados.¹⁵

Quanto à variável *procedência*, 23% dos pacientes residem em locais fora da abrangência da região de saúde, no entanto fazem parte da RIDE (Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno) instituída por meio da Lei Complementar. Essa Lei tem como um de seus objetivos a constituição de um espaço propício para a articulação administrativa das ações de três Unidades da Federação: Distrito Federal, Estado de Goiás e Estado de Minas Gerais. Engloba, além do Distrito Federal, 33 municípios goianos e mineiros^{1,6}.

Dentre os fatores que contribuíram para o aumento do tempo médio de permanência na Unidade de Clínica Médica, identificou-se que os maiores obstáculos foram a espera pela realização de exames (tomografia, ressonâncias, USG, cateterismo, entre outros), que somados, representam cerca de 56% das pendências; seguido pela espera para complementação do tempo de antibioticoterapia (30%), compensação clínica (18%) e espera por pareceres de outras especialidades (13%).

Esses resultados corroboram os da literatura¹⁷, que apresentam como fatores que prolongam o tempo de internação, a espera para realização de exames complementares, a espera para liberação resultados dos exames e para a decisão da equipe assistencial quanto à conduta clínica, ratificando os resultados obtidos nesta pesquisa. Silva et al.¹⁸ afirmam ainda que, em algumas situações, é necessário manter o paciente internado, aguardando compensação clínica, considerando as dificuldades para prover os cuidados após a alta hospitalar.

Na região de Saúde Norte, especificamente na Região Administrativa de Sobradinho, os usuários dispõem do serviço de atendimento para administração de medicações endovenosas, com funcionamento de 7h às 19h para atender aos pacientes egressos da clínica médica e àqueles que necessitam complementar o esquema de antibioticoterapia. As discussões sobre a transição do cuidado são cada vez mais comuns, visando que o paciente possa ser tratado no lugar certo, no momento e tempo adequados.¹⁹ Ainda assim, situações como segurar o paciente para completar a antibioticoterapia, apesar da melhora clínica, foram confirmadas neste estudo.

Sabe-se que a demora na alta hospitalar aumenta o número de leitos ocupados, impossibilitando que novos pacientes em situação aguda recebam assistência. Como consequência, o número de internações e a rotatividade de pacientes no serviço diminuem, mantendo-se os custos associados a uma internação prolongada a uma pessoa que não necessita mais de cuidados agudos.²⁰ O uso

inadequado dos leitos em outros setores do hospital gera problemas no setor da emergência, sendo necessário reconhecer que sua superlotação não é consequência apenas de eventuais rotinas disfuncionais deste departamento, mas sim um reflexo do funcionamento de todo o hospital.²¹

A espera por pareceres e avaliações de outras especialidades respondem por 13% dos motivos que seguram o paciente por mais tempo no leito, pois muitas vezes são necessários para fechar o diagnóstico e programar as condutas e abordagens que serão realizadas com os pacientes. Silva et al.¹⁷ evidenciam que um dos principais motivos de atraso para alta está relacionado à responsabilidade médica, compreendendo a demora na discussão do caso clínico e na tomada de decisão clínica. Para Farias e Farjado²², os pareceres e as avaliações de especialistas são ferramentas de baixa densidade tecnológica, que buscam na opinião de outros profissionais/especialistas, o esclarecimento no diagnóstico e na conduta a ser realizada pela equipe de saúde.

Neste estudo observou-se que os principais diagnósticos de entrada que levam o indivíduo a ocupar um leito hospitalar foram as pneumonias, doença renal crônica, sepse, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e infecção do trato urinário, que somadas, totalizaram 54,05% dos motivos de internação.

Corroborando os resultados encontrados na literatura, Bahlis et al.²³ relatam que a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma das principais causas de morte por doenças infecciosas em todo o mundo. É causa significativa de morbidade e mortalidade em todos os grupos etários e gera custos elevados aos serviços públicos e privados de saúde, tanto em ambulatórios, na emergência e na internação hospitalar.

Quanto às demais comorbidades identificadas como causas que levaram o indivíduo a ocupar um leito hospitalar, a doença renal crônica (DRC) está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade, com grande impacto socioeconômico, e por isso é um desafio de saúde pública em âmbito mundial.²⁴ A sepse é responsável por acometer cerca de 15 a 17 milhões de pacientes por ano no mundo, os quais contribuem com mais de 5 milhões de mortes anualmente.²⁵

Já a hipertensão arterial sistêmica é uma Doença Crônica Não Transmissível de grande magnitude e um problema grave de saúde pública mundial, sendo responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana.¹⁵ A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença prevalente em 5% a 13%, no mundo e possui índices de mortalidade e morbidade altos; seu principal fator de risco é o uso do tabaco.²⁶

Sobre a Diabetes Mellitus (DM), Rossaneis²⁷ relata que é um importante e crescente problema de saúde em todos os países, e está associado aos diversos fatores da vida moderna, rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, e crescimento e envelhecimento populacional. Com relação a infecções do trato urinário (ITU), é um acometimento à saúde responsável por quase 7 milhões de visitas ao consultório e 1 milhão de atendimento em serviços de emergência, resultando em 100 mil hospitalizações anualmente.²⁸

Dessa forma, os diagnósticos mais prevalentes foram responsáveis por um tempo médio de internação na clínica médica de 20,21 dias. Dos 368 prontuários analisados, 117 pacientes permaneceram internados por até 10 dias, 73 pacientes pelo período de 11 a 15 dias, e 178 pacientes ficaram internados por mais de 15 dias na unidade de clínica médica. Outros estudos mostram um número cada vez maior de

pacientes com internação prolongada. Sabe-se que quanto maior o tempo de internação, maior exposição aos riscos relacionados para o desenvolvimento de outras comorbidades.^{10,17}

Esses resultados estão em consonância com os achados de Belarmino,²⁹ que apontou o tempo de internação em clínica médica varia em torno de 9 dias, dentre outras especialidades tais como cardiologia (11 dias) e urologia (12 dias). Ainda de acordo com Belarmino,²⁹ os atrasos referentes à realização de exames ocorrem com mais frequência dos que os outros fatores, com frequência de 56% dos casos, embora esse aspecto possa ser resolvido de maneira rápida.

Grala et al.⁹ explicam ainda que são diversos os motivos que podem levar a uma extrapolação da média de permanência geral. Dentre as causas clínicas, cabe citar: espera para realização de exames complementares, aguardo de laudos médicos, ocorrência de eventos adversos e infecções hospitalares. Em relação aos fatores não clínicos, consideram-se o planejamento da alta e suporte extra-hospitalar, bem como questões econômicas e familiares. Outros ensejos, como a idade, podem influenciar no tempo de permanência, pois quanto mais elevada a idade do idoso, maiores as chances de comorbidades decorrentes de doenças crônicas.

O processo de cuidado em saúde é complexo e envolve os três níveis de atenção à saúde. A inadequada articulação entre os pontos de atenção de rede pode corroborar parte dos atrasos na desospitalização do paciente. A forma encontrada no Distrito Federal para gerir os serviços de saúde, considerando-se o cenário de pouca oferta para muita demanda, é por meio da regulação do acesso. Isso porque esta permite operacionalizar, monitorar e avaliar a solicitação de consultas, procedimentos, exames e internações, de maneira justa, equânime e transparente, por meio do cumprimento de protocolos estabelecidos e do uso dos Sistemas de Informação. No entanto, a demora no agendamento e na realização dos exames via sistema também concorre para o atraso na realização destes e no atraso da desospitalização.

Conhecer as principais dificuldades que corroboram o aumento do tempo médio de permanência na Unidade de Clínica Médica pode contribuir para o planejamento e a criação de instrumentos de avaliação e planos de assistência da equipe multiprofissional. Isso, além de auxiliar nas diretrizes de admissões e planejamento de alta hospitalar, poderá favorecer a utilização racional dos leitos, evitando internações prolongadas e riscos desnecessários ao paciente.

Finalmente, há de se considerar algumas limitações do presente estudo, entre elas o fato de não ter sido calculado o tempo total de internação, desde o momento em que o paciente ficou internado em um leito do Pronto Atendimento. No entanto, as dificuldades desveladas são representativas quando se compara com a clínica médica de outros hospitais. Sugerem-se pesquisas futuras com outros delineamentos a fim de ratificar ou melhor compreender os motivos que prolongam o tempo de internação, bem como identificar as ações implementadas com êxito para as dificuldades apresentadas.

5. Conclusão

Este estudo alcançou os objetivos pretendidos, pois permitiu identificar os fatores que contribuem para segurar o paciente por mais tempo no leito hospitalar. Verificou-se que a demora na desospitalização é multifatorial, seja devido a fatores hospitalares internos e externos, a fatores do próprio paciente, causas estas muitas vezes interdependentes e previsíveis. No entanto, os atrasos na alta hospitalar podem ser minimizados se estratégias adequadas forem implementadas, a partir da reformulação dos processos, aliada ao uso de protocolos e das diretrizes clínicas.

Portanto, o aprimoramento do processo de gestão em saúde deve ser contínuo, visando agilidade no agendamento e na realização dos exames, na logística do transporte, na disponibilização de recursos humanos para acompanhar o paciente nos procedimentos extra-hospitalares, na complementação da antibioticoterapia fora do ambiente hospitalar, no planejamento para a alta hospitalar (que deve se iniciar na internação), e na melhora da comunicação efetiva entre os profissionais da equipe multidisciplinar, gestores e usuários, na busca pela qualidade dos serviços, reduzindo custos e os riscos de uma internação prolongada.

6. Referências

1. FREIRE, Maria Teresa Costa; RODRIGUES, Maísa Paulino; SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira; MELO, Ricardo Henrique Vieira; VILAR, Rosana Lúcia Alves. A voz dos trabalhadores sobre a gestão participativa em um Hospital de Grande Porte. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, v. 4, n. 4, p. 34-53, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18816/r-bits.v4i4.5896>. Acesso em: 06 nov. 2022.
2. MIRANDA, Gabriela Moraes Duarte; MENDES, Antonio Gouveia da Cruz; SILVA, Ana Lucia Andrade. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, Recife, v. 26, p. 329-335, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 06 nov. 2022.
3. MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.pdf. Acesso em: 06 nov. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília. **Diário Oficial de União**, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 06 nov. 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados** [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 06 nov. 2022.
6. EVANGELISTA, Márcia Soares; ALENCAR, Valdenísia Apolinário; VENEZIANO, Wilson Henrique; FACHIN-MARTINS, Emerson. Definição de dados essenciais para software que sinalizará condições de desospitalização para a internação no domicílio. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 9, n. 3. jul-set, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v9i3.944> Acesso em: 06 nov. 2022.
7. ANSCHAU, Fernando; WEBSTER, Jacqueline; ROESSLER, Nelson; FERNANDES, Eduardo de Oliveira; KLAFKE, Viviane; SILVA, Carine Paim da; MERSSSEHMIDT, Gabriel; FERREIRA, Samantha; FAGUNDES, Sandra Maria Sales; FOSSARI, José Accioly Jobim. Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de

grande porte. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2017.2.26575>. Acesso em: 06 nov. 2022.

8. RUFINO, Geísa Pereira; GURGEL, Mariana Galvão; PONTES, Thaís de Carvalho; FREIRE, Eutília. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo: v. 10, n. 4, p. 291-297, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2022.

9. GRALA, Ana Paula da Paz; ARAÚJO, Adelita Campos; GUERREIRO, Patrícia Osório. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município brasileiro. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 10, n. 3, p. e 20103001, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17685>. Acesso em: 06 nov. 2022.

10. TENSIOLI, Sabrina Daros; BONISSON, Raquel Lopes; MATOZINHOS, Fernanda Penido; MELÉNDEZ, Gustavo Velásquez; VELÁSQUEZ, Flávia Sampaio Latini. Situational diagnosis: sociodemographic and clinical profile of patients admitted to a clinical medicine unit. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 573-578, jul.-set. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-766029>. Acesso em: 06 nov. 2022.

11. OLIVEIRA, Bárbara de Paula; BITTENCOURT, Roberto José. Avaliação por triangulação de métodos de um núcleo de gestão de leitos em um hospital público do Distrito Federal. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 406-432, set/dez 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.16809>. Acesso em: 06 nov. 2022.

12. AGUIAR, Jefferson Ribeiro; BARBOSA, Amanda de Oliveira; GALINDO Neto, Nelson Miguel; RIBEIRO, Marcos Aguiar; CAETANO, Joselany Áfio; BARROS, Livia Moreira. Fatores de risco associados à queda em pacientes internados na clínica médica-cirúrgica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 32, n. 6, p. 617-623, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900086>. Acesso em: 06 nov. 2022.

13. MENDONÇA, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa; ROCHA, Ana Cláudia dos Santos; FERNANDES, Tiótfreis Gomes. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes internados com lesão por pressão em hospital de referência no Amazonas. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Manaus, v. 8, n. 3, p. 253-260, 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11857> Acesso em: 06 nov. 2022.

14. CAMPOS, Cássia Lima de; PIERIN, Angela Maria Geraldo; PINHO, Natalia Alencar de. Hipertensão arterial em pacientes internados em clínica médica de hospital universitário: avaliação pós-alta por contato telefônico. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 45-49, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4508 2017AO3862>. Acesso em: 07 nov. 2022.

15. FERREIRA, Jéssica da Silva Reis. **Kanban como tecnologia de cuidado e gestão de leitos no serviço de pronto atendimento de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2018.
16. SOUZA, Sergio Magno Carvalho de. Coordenação Federativa e a Gestão da Pandemia de COVID-19 na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride-DF). **Revista Espaço e Geografia**, Brasília: v. 25, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegeografia/article/view/42020/33667>. Acesso em: 07 nov. 2022.
17. SILVA, Soraia Aparecida; VALÁCIO, Reginaldo Aparecido; BOTELHO, Flávia Carvalho; AMARAL, Carlos Faria Santos. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 48, n. 2, p. 314-321, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004971>. Acesso em: 07 nov. 2022.
18. SILVA, Ana Maria Nunes; SOUZA, Evany France Dias; BARBOSA, Thiago Luis de Andrade; SILVA, Carla Silvana Oliveira e; GOMES, Ludmila Mourão Xavier. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. **Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental Online**, v. 6, n. 4, p. 1590-1600, 2014. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/61590.php>. Acesso em: 07 nov. 2022.
19. NETTO, Antonio Valerio; CARVALHO, Aline; OLIVEIRA Luciano Rodrigues de. Aplicação de análise descritiva para compreensão das atividades de desospitalização de um hospital universitário de grande porte entre 2009 e 2019. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 82, jan/mar 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.277>. Acesso em: 07 nov. 2022.
20. MODAS, Diana Andreia Santos; NUNES, Elisabete Maria Garcia Teles; CHAREPE, Zaida Borges. Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130>. Acesso em: 07 nov. 2022.
21. SILVA, Dênison Pereira da; DIAS, Edna Santos; TELES, Helda Crystiane Cirilo; GALDINO, Lorena Pina; JESUS, Carla Viviane Freitas de; LIMA, Sonia Oliveira. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 14, n. 17, p. 65-73, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1066>. Acesso em: 07 nov. 2022.
22. FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Porto Alegre, v. 6 (Supl. 3), p. 2075-2093, jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3076>. Acesso em: 06 nov. 2022.
23. BAHLIS, Laura Fuchs; DIOGO, Luciano Passamani; KUCHENBECKER, Ricardo de Souza; FUCHS, Sandra Costa. Perfil clínico, epidemiológico e etiológico de

pacientes internados com pneumonia adquirida na comunidade em um hospital público do interior do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Porto Alegre, v. 4, n. 44, p. 261-266, jul-ago 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000434>. Acesso em: 06 nov. 2022.

24. AGUIAR, Lilian Kelen de; PRADO, Rogerio Ruscitto; GAZZINELLI, Andrea; MALTA, Deborah Carvalho. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. E200044, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>. Acesso em: 06 nov. 2022.

25. LOBO, Suzana Margareth; REZENDE, Ederlon; MENDES, Ciro Leite; OLIVEIRA, Mirella Cristinne de. Mortalidade por sepse no Brasil em um cenário real: projeto UTIs Brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São José do Rio Preto, v. 31, n. 1, p. 1-4, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190008>. Acesso em: 07 nov. 2022.

26. COELHO, Arthur Emanuel Campos; AVELAR, Carolina Izabela Santos; ARAÚJO, Avelar, Hallana de Lucena; SILVA, Isa Marcella Paiva; MENDES, Leandra Neiva Jordão; BERNARDINO, Julia de Oliveira; AGUIAR, Luana Lohane Figueiredo de; MELO, Stephany Karen de Freitas; CARNEIRO, Yan Vasconcelos Carneiro; VASCONCELOS, Suzana Tomaz. Abordagem geral da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 1, n. 1, p. 1-6, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reamed.e8657.2021>. Acesso em: 07 nov. 2022.

27. ROSSANEIS, Mariana Angela; ANDRADE, Selma Maffei de; GVOZD, Raquel; PISSINATI, Paloma de Souza Cavalcante; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina, v. 24, n. 3, p. 997-1005, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02022017>. Acesso em: 07 nov. 2022.

28. HADDAD, Jorge Milhem; FERNANDES, Débora Amorim Oriá Fernandes. Infecção do trato urinário. **Femina – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**, São Paulo: v. 47, n. 4, p. 241-244, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046514/femina-2019-474-241-244.pdf> Acesso em: 07 nov. 2022.

29. BELARMINO, Renata Cheyenne dos Santos. **Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob intervenção do serviço social**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020 Disponível em: <https://mpgos.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/163/2021/06/RENATACHEYENNEOSSANTOSBELARMINO.o.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2022.