

# Transferências internas — Avaliação num Serviço de Medicina de um Hospital Central#

Internal Transfers – Internal Medicine  
Department evaluation in a Central Hospital#

Paulo Carrola\*, Francisco Parente\*\*, Manue-  
la Duarte\*\*\*, Nuno Devesa\*, Patrícia Dias\*,  
MB Alexandrino<sup>f</sup>, JJ Moura<sup>ff</sup>

## Resumo

**Introdução e Objectivos** – Os Hospitais da Universidade de Coimbra têm um elevado índice de transferências internas (TI). Neste contexto, os autores avaliaram este parâmetro no internamento do Serviço de Medicina II, tendo como objectivo a avaliação da interface com os restantes Serviços, nomeadamente a colaboração e complementaridade de recursos.

**Material e Métodos** – Nos internamentos com menção ao Serviço de Medicina II, tendo data de alta do hospital entre 01-01-2000 e 31-12-2001, seleccionaram-se para estudo o grupo com TI. Foram avaliados os indicadores gerais deste grupo, o sentido das transferências, incluindo a discriminação dos serviços envolvidos, estudando em particular os subgrupos com menção a unidade de cuidados intensivos (UCI) e a intervenção cirúrgica (Cir), avaliando o impacto económico destes episódios, com determinação do peso relativo e o financiamento por Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH).

**Resultados** – O número de episódios com TI foi de 154, correspondendo a 6,3% dos interna-

mentos do Serviço. Nestes destacam a mortalidade de 16,2% e a demora média de 27,7 dias, superiores às totais do Serviço, 8,9% e 8,7 dias. Nas transferências de Medicina II para outro Serviço, a área mais envolvida foi a Cirurgia Geral (34%); no sentido contrário as UCI foram a primeira área (48,8%). Os subgrupos com Cir (n=53; 34,4%) e com UCI (n=43; 27,9%) mostraram características diferentes do total das transferências, sendo relevante o número de dias em Medicina II dos doentes com UCI (n=431) e as intervenções urgentes (n=24). Registaram-se diferenças de financiamento por GDH entre o grupo TI e o reagrupamento só com os procedimentos realizados em Medicina II.

**Conclusões** – Destacam-se alguns aspectos do estudo: 1. Os episódios com TI constituíram um grupo caracterizado por cuidados mais diferenciados; 2. O peso na continuidade pós UCI alerta para a necessidade do serviço ter meios humanos e materiais adequados para o apoio ao doente transferido das UCI; 3. A presença de intervenções cirúrgicas não programadas como ponto de interesse, devendo merecer especial atenção, principalmente na avaliação no Serviço de Urgência dos casos cirúrgicos, os quais, muitas vezes, não são identificados, levando ao internamento em Serviços de Medicina Interna; 4. Interesse do índice de TI na avaliação do modelo de financiamento dos Serviços.

**Palavras chave:** Transferências internas, grupo de diagnósticos homogéneos (GDH).

## Abstract

**Introduction and Objectives** – Coimbra's University Hospital has a significant rate of Internal Transfers (IT). The authors analysed this parameter in the Internal Medicine department - Service II with the objective of evaluating the departments' interface, namely resource utilisation and cooperation with other departments of the same Hospital.

**Material and methods** – Amongst the admissions to the Internal Medicine department - Service II, the ones with a discharge date between the January 1st 2000 and December 31st 2001 were selected. General indicators and indication for transfer were studied, particularly the subgroups involving transfers to the Intensive Care Unit (ICU) and Surgical procedures (Cir). The economic impact was quantified using re-

\*Interno do Internato Complementar de Medicina Interna  
\*\*Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Auditor Interno de GDH dos HUC

\*\*\*Administradora Hospitalar

<sup>f</sup>Chefe de Serviço de Medicina Interna

<sup>ff</sup>Director do Serviço de Medicina II e Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>#</sup>Trabalho apresentado no 8º Congresso Nacional de Medicina Interna, Coimbra, 2002

Serviço de Medicina II dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Recebido para publicação a 26.06.03

Aceite para publicação a 18.04.04

*lative weight methodology and financial determinations were based on the Diagnosis Related Groups (DRG).*

**Results** – *The number of IT episodes was 154 (6.3 % of the admissions to the Internal Medicine department - Service II). The mortality rate was 16.2 % and the average length of admission was 27.7 days (higher than the Internal Medicine department – Service II general average – 8.9 % and 8.7 days). The most significant IT target department from the Internal Medicine department – Service II was General Surgery (34 %). On the other hand, the ICU showed the highest rate of IT (4.8 %) to the Internal Medicine department – Service II. The subgroups involving Surgery (n=53; 34.4 %) and ICU (n=43; 27.9 %) showed a different profile from the overall number of transfers, namely the admission days attributed to the Internal Medicine department – Service II of the ICU patients (n=431) and urgent surgery (n=24). The impact on the DRG financial reimbursement in the IT group was significant.*

**Conclusions** – *The authors outline some aspects of the analysis: 1. The IT corresponded to a more differentiated care group; 2. The importance of the post-ICU care group in the overall results signalled the need for human and material resources adequate for proper care of these patients; 3. The existence of non-programmed surgery as a point of interest, namely the need for accurate identification in the emergency room of the cases with surgical indication; 4. The importance of the IT parameter in the model for financial evaluation of the Integrated Responsibility Centres (IRC).*

**Key words:** *Internal transferences, diagnosis related groups (DRG) mortality.*

## Introdução

Os Serviços de Medicina Interna têm hoje um largo espectro de actuação, dependendo o seu desempenho do meio em que estão inseridos, assim como das necessidades das Instituições de que fazem parte. Deste modo, assistimos a enfermarias com distribuição de patologias e diferenciação muito desigual. Nos hospitais centrais, munidos de ampla variedade de sub-especialidades, os serviços de Medicina Interna funcionam em interface com as restantes áreas.

Um indicador que pode, de certo modo, avaliar, quer a complementaridade com outros serviços, quer a necessidade de apoio dos mesmos, são as transferências internas entre os internamentos da mesma Instituição.

Tendo em consideração que os *Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)* são um estabelecimento hospitalar onde a percentagem de transferências internas é relevante (8,8% dos internamentos no primeiro semestre de 2002 – nos 23.694 episódios constataram-se 2.081 transferências internas),<sup>1</sup> os autores propuseram-se efectuar a avaliação deste indicador relativamente ao seu serviço, o qual se insere no âmbito da Medicina Interna sem sub-especialização no internamento e não possui unidade de cuidados intensivos.

## Material e métodos

**Seleção dos episódios para estudo:** 1. Foram isolados dos internamentos dos HUC (*base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos - GDH*), em Março de 2002, os episódios com menção ao Serviço de Medicina II, tendo data de alta do hospital entre 01-01-2000 e 31-12-2001, constituindo estes o “grupo de referência (GR)”; 2. Destes seleccionaram-se para estudo o “grupo de transferências internas (TI)”, tendo como critério os que tinham transferências entre serviços, incluindo todos os que passaram por Medicina II, independentemente do serviço de alta; 3. Consideraram-se como subgrupos do anterior os com “cuidados intensivos (CI)”, tendo como critério o registo de dias de unidade de cuidados intensivos (UCI) e os “cirúrgicos (Cir)”, tendo como critério a menção no episódio a procedimentos considerados de bloco operatório.

**Metodologia:** A. Foram avaliados vários parâmetros, com a sequência seguinte:

1. No grupo TI determinaram-se os indicadores idade, sexo, mortalidade e demora média, comparando-os com os do GR, na globalidade do episódio de internamento.

2. Avaliou-se o sentido das transferências, ou seja, o número de episódios com fluxo de outros serviços para a Medicina II e deste internamento para outros, incluindo a discriminação dos serviços envolvidos. Determinaram-se o número de dias destes episódios atribuídos ao serviço de Medicina II, assim como o tempo entre a admissão e a transferência, no caso deste ser o primeiro serviço.

3. No subgrupo CI determinaram-se os indicadores idade, sexo, demora média (total e da UCI), mortalidade (UCI/Medicina II), GDH e diagnósticos principais mais frequentes, peso relativo dos GDH, total de dias de UCI e de Medicina II. Estes parâmetros foram relacionados com os do grupo TI.

4. No subgrupo Cir estudaram-se os parâmetros idade, sexo, demora média, mortalidade, GDH e diagnósticos principais mais frequentes, peso relativo dos GDH, tempo até à transferência para o serviço cirúrgico, patologia urgente versus programada. Estes parâmetros foram relacionados com os do grupo TI.

5. Para avaliação do impacto económico destes episódios, foi determinado o peso relativo e o financiamento por GDH do internamento hospitalar no grupo TI, pelas regras

em utilização nos hospitais. Numa segunda fase, foi efectuada uma simulação de financiamento isolando a parte de cada episódio correspondente ao serviço de Medicina II e, nesta, determinados os GDHs resultantes, seu peso relativo e financiamento.

B. Definições utilizadas com relevância para a apresentação dos resultados:

1. Peso relativo do GDH define-se como o “coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado de tratar um doente típico desse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente nacional, que tem, por definição, um coeficiente de ponderação 1,0”.<sup>2</sup> Este indicador está na base do cálculo do índice de case-mix.<sup>2</sup>

2. O peso relativo, GDHs e preços destes para cálculo do financiamento foram referenciados à Portaria 189/2001, opção tomada para possibilitar comparações, apesar de durante o período do estudo terem vigorado duas tabelas diferentes (348-B/1998 e 189/2001).<sup>3</sup>

3. O reagrupamento em GDH da parcela dos episódios atribuída ao Serviço de Medicina II, teve como base o Manual do agrupador dos GDH, versão 16.0.<sup>4</sup>

## Resultados

### 1. Indicadores Gerais das Transferências Internas

O número de episódios com transferências internas (TI) foi 154, de entre os 2446 do total da casuística do internamento de Medicina II (GR), no período considerado, correspondendo a 6,3%.

Os indicadores do grupo TI foram os seguintes: média de idade 60,7 anos; distribuição por sexos 78 homens (50,6%) e 76 mulheres (49,4%); demora média 27,7 dias; 4266 dias de internamento; mortalidade 16,2% (n=25); peso relativo médio dos GDH de 2,73.

Em contraste com os resultados supracitados, no GR obtiveram-se os seguintes: média de idade 62,6 anos; distribuição por sexos 1144 homens (46,7%) e 1302 mulheres (53,3%); demora média 8,7 dias; 21280 dias de internamento; mortalidade 8,9% (n=219); peso relativo médio dos GDH de 1,12..

### 2. Sentido das Transferências e Participação dos Serviços

Nos 154 episódios de internamento com transferências, o primeiro serviço foi Medicina II em 92 casos (59,7%) e outro serviço nos restantes 62 (40,3%). Em 25 destes episódios registou-se fluxo nos dois sentidos, ou seja, apesar de o primeiro serviço não ser Medicina II registou-se transferência deste para um terceiro (n=8) e em outros casos sendo Medicina II o primeiro serviço, voltaram a entrar vindos do serviço para onde tinham sido transferidos previamente (n=18).

Nas 100 transferências efectuadas do serviço de Medicina II para outro Serviço (92 após 1ª admissão + 8 para 3º serviço), as áreas mais frequentemente envolvidas foram

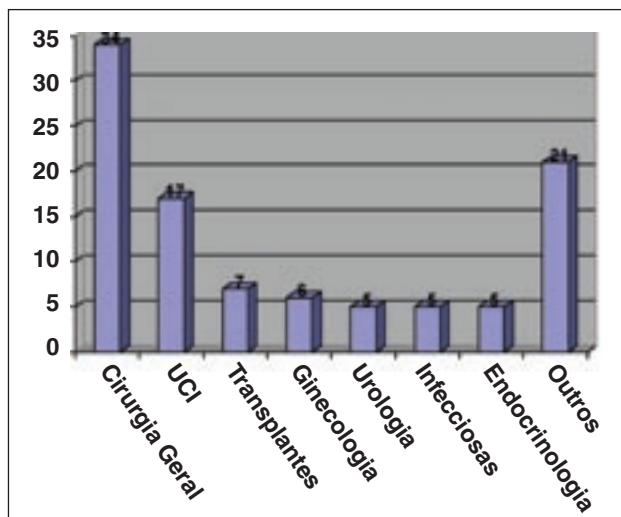


Fig. 1 – Fluxo de transferências (Medicina II > Outros Serviços)

Cirurgia Geral (n=34; respeitantes aos 3 serviços existentes), Cuidados Intensivos (n=17; UCI Polivalentes - 11, UCI Gastroenterológicos - 4, UCI Coronários - 2), Transplantes (n=7), Ginecologia (n=6), Urologia (n=5), Infeciosas (n=5), Endocrinologia (n=5), e os restantes 21 casos distribuídos por mais 11 Serviços todos com taxas inferiores a 5% (Fig. 1).

Nos 80 casos em que o Serviço de Medicina II recebeu doentes provenientes de outros serviços (62 com 1ª admissão em outro serviço + 18 casos que retornaram à Medicina II), as áreas mais frequentemente envolvidas foram Cuidados Intensivos (n=39 / 48,8%; 33 da UCI Polivalentes, 3 da UCI Gastroenterológicos e 3 da UCI Coronários), Cirurgia Geral (n=9 / 11,3%), Ortopedia (n=6 / 7,5%), Neurologia (n=5 / 6,3%), e os restantes 21 casos distribuídos por mais 12 Serviços todos com taxas inferiores a 5%. (Fig. 2).

Outro resultado foi o da participação do serviço de Medicina II em número de dias nestes episódios, 41,4%, correspondendo a 1767 dias. A demora média dos episódios respeitante a este Serviço foi de 11,5 dias. Nos casos em que o primeiro serviço foi Medicina II, a média de dias antes da transferência foi de 9,4, sendo esta efectuada no mesmo ou no primeiro dia em 21 doentes, e na primeira semana em 53 doentes.

### 3. Subgrupo com Cuidados Intensivos

Em 43 (27,9%) dos 154 episódios com transferências internas existia menção a dias em UCI. Como já foi mencionado, em 39 destes episódios registou-se entrada no Serviço de Medicina II com proveniência das UCI. Foram estudados alguns indicadores deste subgrupo (CI), obtendo-se os resultados seguintes: média de idades 58,9 anos; sexo masculino (n=22), sexo feminino (n=21); demora média do grupo CI 23,3 dias; número total de dias 1004; mortalida-

de (n=6; 14,0%, falecendo 4 doentes em Medicina II e 2 na UCI Polivalentes). As comparações de indicadores com o grupo TI e GR são apresentados no *Quadro I*.

Os episódios do grupo CI continham 497 dias de UCI (49,5% dos dias), com uma demora intrínseca de 11,6 dias. Estes doentes permaneceram no serviço de Medicina II 431 dias (42,9% dos dias), com uma demora média nesta parte de 10 dias. É de mencionar que os dias restantes foram referentes a terceiro serviço.

O peso relativo médio dos GDH destes episódios foi de 4,12. Os GDH mais frequentes foram 475 *Diagnósticos do aparelho respiratório com ventilação* (n=12), 449 *Intoxicação/efeitos tóxicos de drogas Idade > 17 com CC* (n=8), 483 *Traqueostomia excepto com perturbações da face, boca e pescoço* (n=5).

Os diagnósticos principais destes episódios foram intoxicação voluntária por organofosforados (n=11), pneumonia (n=10), doença pulmonar crónica obstrutiva (n=4), intoxicação voluntária por antidepressivos (n=3), pancreatite aguda (n=3), tromboembolia pulmonar (n=2), e os restantes 10 com várias patologias associadas a insuficiência respiratória.

#### 4. Subgrupo com Intervenção Cirúrgica

Em 53 (34,4%) dos 154 episódios com transferências internas existia menção a intervenção cirúrgica. Foram estudados alguns indicadores deste subgrupo (Cir), obtendo-se os resultados seguintes: média de idades 62,1 anos; sexo masculino (n=24; 45,3%), sexo feminino (n=29; 54,7%); demora média do grupo 35,5 dias; número total de dias 1880; mortalidade (n=11; 20,8%). As comparações de indicadores com o grupo TI e GR são apresentados no *Quadro I*.

Em 42 doentes o primeiro serviço foi Medicina II. A média de dias até ser efectuada a transferência de Medicina II para o serviço cirúrgico foi de 12,7 dias, sendo transferidos 5 doentes no mesmo ou no primeiro dia após a admissão e 19 na primeira semana. Nestes episódios o número de dias em Medicina II foi de 795, com demora média desta parte de 14,7 dias.

O peso relativo médio dos GDH destes episódios foi de 2,99. Os GDH mais frequentes foram 148 *Grandes procedimentos do intestino delgado e intestino grosso com CC* (n=11), 170 *Outros procedimentos no aparelho digestivo, no bloco operatório, com CC* (n=4), 154 *Procedimentos esôfago, estômago e duodeno, Idade > 17, com CC* (n=3)

Os diagnósticos principais mais frequentes destes episódios estiveram dentro da patologia neoplásica em 16 casos (11 dos quais digestiva), sendo os restantes dispersos

### Quadro I – Comparação de indicadores gerais dos episódios.

	GR	Grupo TI	SubGrupo CI	SubGrupo Cir
Nº episódios	2446	154	43	53
Idade (anos)	62,6	60,7	58,9	62,1
Demora média (dias)	8,7	27,7	23,3	35,5
Mortalidade (%)	8,9	16,2	14,0	20,8
Peso relativo (GDH)	1,12	2,73	4,12	2,99

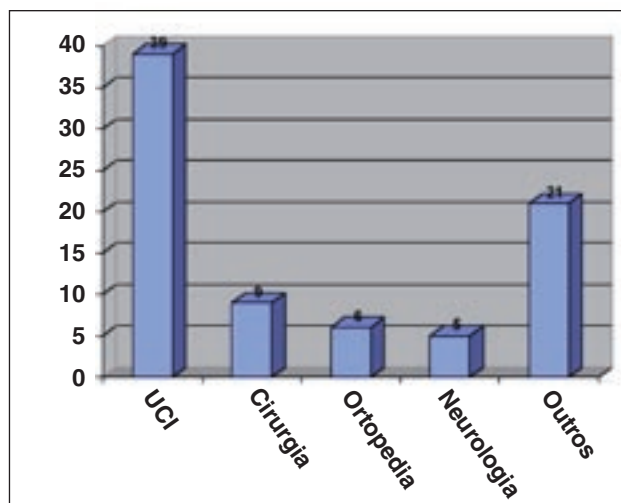


Fig. 2 – Fluxo de transferências (Outros Serviços > Medicina II)

entre várias entidades. Após análise dos episódios, com base nos diagnósticos principais e secundários registados, estabeleceu-se que em 24 dos episódios a intervenção não foi programada, podendo classificar-se como urgente. Estes casos incluíam diagnósticos de oclusão intestinal (n=8), apendicite aguda (n=2), peritonite (n=3), fractura do colo do fémur (n=3), gangrena do membro inferior (n=3), restantes (n=5).

#### 5. Impacto Económico

Nos 154 episódios de internamento do grupo TI, os cinco GDH mais frequentes foram 475 *Diagnósticos do aparelho respiratório com ventilação* (n=12), 148 *Grandes procedimentos do intestino delgado e intestino grosso com CC* (n=11), 449 *Intoxicação/efeitos tóxicos de drogas Idade > 17 com CC* (n=8), 204 *Doenças do pâncreas, excepto malignas* (n=8), 483 *Traqueostomia excepto com perturbações da face, boca e pescoço* (n=5). O peso relativo médio dos GDH deste grupo foi 2,73 e o financiamento calculado em 860465,93 €.

Efectuado o reagrupamento incluindo só o tempo do episódio em Medicina II e os procedimentos aí realizados, os cinco GDH resultantes mais frequentes passariam a ser 449 *Intoxicação/efeitos tóxicos de drogas Idade > 17 com CC*

**Quadro II – Comparação de financiamento por GDH, totalidade do episódio versus simulação após reagrupamento só com tempo e procedimentos em Medicina II (episódios com TI ; N=154)**

N=154	Episódio na totalidade	Participação de Medicina II
Peso relativo GDH (média)	2,73	1,31
Demora média (dias)	27,7	11,5
Financiamento total (€)	860465,93	325222,72
Financiamento médio por doente (€)	5587,44	2111,83

(n=11), 172 Doença digestiva maligna, com CC (n=11), 89 Pnevmonia e pleurisia simples, com CC (n=9), 188 Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade > 17 anos, com CC (n=8), 204 Doenças do pâncreas, excepto malignas (n=8). Após a simulação efectuada pelas regras descritas, o peso relativo médio dos GDH deste grupo passaria a ser de 1,31 e o financiamento calculado em 325222,72€. Após o reagrupamento registaram-se modificações de financiamento em 99 (64,3%) dos 154 episódios. As diferenças de impacto económico são sumariadas no *Quadro II*.

**Discussão**

Este trabalho reforça o interesse da avaliação dos episódios de internamento com transferências internas, com particular relevância nos hospitais com serviços separados por múltiplas especialidades e sem tradição de organização por departamentos. Neste tipo de instituições esta análise permite-nos clarificar o espectro de inserção e complementaridade das relações entre os serviços com internamento.

No contexto de hospitais com as características mencionadas e que apresentam elevado índice de transferências internas, como é o caso dos HUC, os serviços de Medicina Interna, pelas próprias características da especialidade são alvo de fluxo de doentes com patologia muito diversa, potencialmente transferíveis – atingindo no Serviço estudado 6,3%. Como este grupo de internamentos pode transmitir quer a colaboração e continuidade de cuidados prestados a doentes vindos de outros serviços, quer as limitações em tratar alguns casos dentro do próprio serviço, torna-se importante identificar estas situações para servir de base a eventuais medidas a tomar.

Os doentes alvos de transferência, no serviço em estudo, constituíram um grupo particular com mais tempo de internamento (27,7 dias no total do episódio e 11,5 dias na parte de Medicina II versus 8,7 dias), maior mortalidade (16,2% versus 8,9%), e caracterizado por cuidados mais diferenciados (elevado peso relativo dos GDH – 2,73). Assim, este grupo justificou uma avaliação separada, traduzindo-se na provável necessidade de recurso a cuidados diferentes.

Apesar da multiplicidade das relações com outras especialidades (transferências entre mais de 20 sectores de internamento), como é apanágio da Medicina Interna, as

grandes áreas de transferência de doentes encontradas foram a necessidade de cuidados cirúrgicos e a interface com os cuidados intensivos.

A relação com as UCI foi um aspecto relevante nesta análise, representando 17% das transferências do Serviço de Medicina II para outros serviços e 48,8% das entradas com proveniência de outros. Nos episódios que fizeram parte deste estudo 27,9% tinham dias de Cuidados Intensivos.

A transferência para as UCI é justificada pela limitação correspondente à ausência deste tipo de meios nos serviços de Medicina dos HUC e pela gravidade das situações clínicas internadas nos mesmos, o fluxo contrário merece, no entanto, uma reflexão particular. O peso do nosso Serviço na continuidade pós UCI (39 dos 43 episódios), traduzido pela participação do Serviço de Medicina II nestes episódios em número de dias (431 dias; 42,9% do total dos dias; tempo médio – 10 dias), alerta para a necessidade do Serviço ter meios humanos e materiais adequados para o apoio ao doente transferido das referidas unidades. Este é um aspecto prático que deve conduzir a uma reflexão e orientação estratégica sobre os cuidados intermédios no Serviço ou no conjunto dos Serviços de Medicina, até porque os cuidados intensivos são hoje reconhecidos como uma área fundamental da Medicina Interna.<sup>5,6</sup>

A necessidade de cuidados cirúrgicos levou a que fossem esses os serviços mais solicitados para receberem doentes provenientes da nossa enfermaria – só os serviços de Cirurgia Geral foram responsáveis por 34% dos doentes transferidos nesse sentido. Outro resultado relevante foi o de 53 doentes com internamento no nosso serviço terem sido sujeitos a intervenção cirúrgica.

Apesar da patologia neoplásica ser frequente neste grupo de doentes, a mortalidade registada, superior a 20%, levamos a reflectir sobre a evolução destes casos. Para além das situações de cirurgia programada que surgem na evolução lógica da investigação diagnóstica nos serviços de Medicina, a presença de intervenções no contexto de casos não programados (45,2%) é um ponto de interesse levantado por este estudo. Aqui, como já descrito por outros autores,<sup>7</sup> estão incluídos os casos cirúrgicos nas enfermarias de Medicina, os quais devem merecer especial atenção na nossa prática clínica diária.

# arcoxia

rcm

arcoxia

É importante o alerta diário nas nossas enfermarias para as situações cirúrgicas surgidas de novo (ex. fractura fêmur) ou como complicações de patologia conhecida (ex. oclusão intestinal em neoplasia ou doença inflamatória). Por outro lado, também é fundamental a avaliação correcta no Serviço de Urgência dos casos cirúrgicos, os quais muitas vezes não são identificados e levam ao internamento em Medicina Interna (19 doentes foram transferidos de Medicina II na primeira semana e na casuística encontram-se incluídas situações como apendicite aguda), com potenciais consequências para o doente.

Por último, este trabalho aponta para o interesse das transferências internas como um parâmetro a ponderar na avaliação do modelo de financiamento dos Serviços.<sup>8</sup> Neste estudo verificou-se uma diferença relevante de financiamento calculado entre este grupo de doentes (TI) e a simulação efectuada com o seu reagrupamento, excluindo os dias em outros serviços e os respectivos procedimentos. É de mencionar que após este reagrupamento se registaram alterações de financiamento em 64,3% dos episódios. Assim, se a opção de financiamento dos episódios de internamento dos serviços for por GDH, a aplicação aos episódios com transferências internas deve ser objecto de reflexão. Este sistema (GDH) utilizado para avaliação e financiamento dos hospitais, quando aplicado a serviços irá apresentar limitações neste tipo de episódios (TI), pois há dificuldade em atribuir a parte respeitante a cada serviço envolvido no episódio de internamento hospitalar, podendo resultar em serviços subavaliados e outros sobreavaliados. No caso do Serviço de Medicina aqui analisado, se o GDH contabilizado fosse o atribuído ao episódio em geral sairia sobrevalorizado quer em financiamento quer em índices de diferenciação (PR 2,73 vs 1,31), mas o contrário se passaria se simplesmente se tivesse optado por não incluir estes episódios ou atribuir-lhe um preço médio correspondente aos episódios restantes (PR 1,12 vs 1,31).

Em conclusão, este estudo confirma, em várias vertentes, a importância da análise deste tipo de episódios, os quais têm características particulares, permitindo orientações para as opções futuras a considerar nos nossos serviços. Destacam-se os seguintes aspectos: os episódios com TI constituíram um grupo caracterizado por necessidade de cuidados mais diferenciados em relação ao total dos internamentos do nosso serviço; o peso na continuidade pós UCI alerta para a necessidade do serviço ter meios humanos e materiais adequados para o apoio ao doente transferido das UCI; a presença de intervenções cirúrgicas não programadas, devendo merecer especial atenção, principalmente na avaliação no Serviço de Urgência dos casos cirúrgicos, os quais muitas vezes não são identificados levando ao internamento em Serviços de Medicina Interna; na opção de financiar o internamento dos serviços por GDH é necessário separar os episódios com TI e, nestes, estudar métodos de atribuição da parte respeitante a cada serviço envolvido.

## Bibliografia

1. Relatório do Movimento Assistencial dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Edição Serviço de Estatística, 1º semestre 2002.
2. Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos – GDH. Informação de retorno do ano de 1999. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Dezembro 2000.
3. Portaria nº 189/2001. Diário da República. 1ª Série B, 9 Março 2001.
4. Averill R et al. DRGs – Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, version 16.0. ed 3M, 1999.
5. Ferreira F. A medicina interna e o futuro. *Med Interna* 1997; 4(3): 202-206.
6. Pais MJ. Breve reflexão sobre a medicina interna. *Med Interna* 1997; 4(3): 207.
7. Gomes MJ, Soares AO. Reflexões sobre cinco casos cirúrgicos internados num serviço hospitalar de medicina. *Med Interna* 1998; 5(1): 63-65.
8. Escoval A, Vaz A, Alves D e col. O Hospital Português, ed. Direcção Geral de Saúde, 1998.