

Avaliação do percurso intra-hospitalar após a alta de um serviço de Medicina Interna  
Assessment of the in-hospital course after discharge from an internal medicine service

Patrícia Dias\*, Francisco Parente\*\*, Elsa Gaspar\*, Paulo Carrola\*,  
Mário Alexandrino\*\*\*, JJ Alves Moura<sup>?</sup>

\* Médico do Internato Complementar de Medicina Interna

\*\* Assistente Graduado de Medicina Interna

\*\*\* Chefe de Serviço de Medicina Interna

<sup>?</sup> Professor da Faculdade de Medicina e Director do Serviço de Medicina II

Serviço de Medicina II dos HUC

Recebido para publicação a 22.07.02

## **Resumo**

Introdução e objectivos – O seguimento após a alta hospitalar e respectivo consumo de recursos dentro da mesma instituição poderão ser indicadores importantes na avaliação da actividade dos serviços. Com este objectivo, os autores realizaram um estudo retrospectivo analisando alguns parâmetros de avaliação após o internamento num Serviço de Medicina Interna.

Material e métodos – Foram seleccionados os internamentos do Serviço de Medicina II dos Hospitais da Universidade de Coimbra registados na base de dados dos GDH, com alta num período de 3 meses, e estudado o percurso dos doentes dentro da instituição nos 6 meses seguintes à data de alta. Foram analisados dados demográficos, consumo de consultas externas, urgências e novos internamentos e, ainda, a mortalidade, diagnósticos principais, GDH e pesos relativos dos respectivos episódios.

Resultados – Destaca-se que 72,9% dos doentes tiveram pelo menos um dos contactos estudados (consulta, urgência, internamento). Registaram-se neste período 232 consultas (54,2% dos doentes), 100 urgências (41,6% dos doentes) e 86 internamentos (41% dos doentes); nestes, o diagnóstico principal mais frequente foi de pneumonia, em 10,4%. A mortalidade foi de 15 doentes no internamento (10,4% dos doentes estudados). Dos factores com influência nos resultados, destacam-se o peso relativo superior a 1,0 dos internamentos iniciais e a idade inferior a 80 anos, reflectindo-se no número de doentes com consulta, assim como o diagnóstico de pneumonia no número de doentes com urgências e mortalidade.

Conclusão – Nesta avaliação, constatou-se um impacto significativo de cuidados prestados dentro da mesma instituição, nos seus vários sectores. A mortalidade intra-hospitalar foi provavelmente o resultado mais importante do estudo e revelador do tipo de prognóstico dos doentes internados nos nossos Serviços. A revisão sistemática de parâmetros de avaliação após a alta, incluindo o estudo da mortalidade e das readmissões, é importante para contornar as dificuldades hoje existentes nos Serviços de Medicina Interna. Nestes estudos é fundamental utilizar metodologia que permita a comparação com outros, como sejam os GDHs e o índice case-mix.

**Palavras chave:** Avaliação após a alta, readmissões

## **Abstract**

Introduction and methods – Post-discharge follow-up and use of institution resources may be important indicators in the evaluation of a Services' activity. The authors have retrospectively analyzed some post-discharge assessment parameters in an Internal Medicine Service.

Material and Methods – Admissions to the *Medicina II* Service of the Coimbra University Hospital, who were discharged, as registered on the DRG data-base, , during a 3 month period were selected. The patients' course inside the institution in the following 6 months was studied. Demographic data,

outpatient visits, emergency visits and readmissions were analyzed, as were mortality, principal diagnosis, DRG and its relative weight.

**Results** – 72.9% of all patients had at least one post-discharge contact (outpatient visit, emergency visit, readmission). There were 232 outpatient visits (54.2% of patients), 100 emergency visits (41.6%) and 86 readmissions (41%); of the latter, the most frequent principal diagnosis was pneumonia (10,4%). The mortality rate was 10.4% (15 patients). Some factors influenced the results, like a relative weight over 1.0 and age under 80, which influenced the number of patients with outpatient visits, as well as the diagnosis of pneumonia, which influenced the number of patients with emergency visits and mortality.

**Conclusions** – This study shows a significant impact of the post-discharge care in the same institution, in its diverse sectors. The in-hospital mortality was probably the most important result, revealing the general prognosis of our inpatients. The systematic review of post-discharge assessment parameters, including in-hospital mortality and readmissions is important to overcome the difficulties in today's Internal Medicine Services. It is necessary, in these studies, to use comparable methods, like DRGs and case-mix.

**Key words:** Post-discharge assessment, readmissions

## **Introdução**

Os Serviços de Medicina Interna têm vindo a acompanhar doentes cada vez mais dependentes do hospital, os quais necessitam frequentemente de reavaliação. Esta noção necessita, no entanto, de ser objectivada, podendo ser documentada com a análise da experiência dos vários serviços. Assim, o seguimento após a alta hospitalar e respectivo consumo de recursos dentro da mesma instituição poderá constituir um indicador importante na avaliação do tipo de doentes e actividade dos serviços.

Os autores propuseram-se realizar um estudo retrospectivo com o objectivo de analisar o percurso intra-hospitalar após a alta dos seus serviços e sua relação com alguns parâmetros do internamento inicial.

## **Material e métodos**

**Critérios de selecção da população estudada** – Foram seleccionados os internamentos dos doentes com alta dos Serviços de Medicina II dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no período de 1 de Outubro a 31 de Dezembro do ano 2000, registados na base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) (n=281). Foram excluídos os episódios com tempo de internamento igual ou inferior a dois dias (n=114), no sentido de eliminar admissões de curta duração para realização de exames, e também os com destino falecido (n=13). Assim, obtiveram-se 154 internamentos, correspondendo a 144 doentes. Nos

doentes com mais de que um internamento neste período foi considerado o primeiro como referência inicial para estudo. Os segundos internamentos do mesmo doente nos três meses considerados foram contabilizados como episódios subsequentes.

Metodologia – No episódio inicial de referência foram avaliados a idade, o tempo de internamento, o diagnóstico principal e o GDH e seu peso relativo. Foi comparado o tempo de internamento dos episódios iniciais com a demora prevista para o mesmo GDH, assim como o grupo de doentes com demora média superior à prevista com os restantes.

O percurso destes doentes (n=144) dentro da instituição foi seguido num período de seis meses após a data da alta. Os parâmetros analisados no estudo foram os seguintes: 1) Número de consultas externas realizadas e número de doentes com consulta; 2) Especialidades de consulta (número e distribuição); 3) Tempo entre a alta e a primeira consulta; 4) Número de urgências e doentes com episódio registado; 5) Tempo entre a alta e o primeiro contacto de urgência; 6) Número de internamentos subsequentes e número de doentes envolvidos; 7) Especialidades de internamento nesses episódios; 8) Tempo entre a alta e o primeiro contacto de internamento; 9) Número de dias correspondentes aos internamentos posteriores; 10) Mortalidade registada no hospital; 11) Diagnósticos principais e GDH dos episódios subsequentes e seu impacto (peso relativo, demora média, número de doentes cirúrgicos).

Foram definidos grupos referenciados ao episódio inicial, para análise comparativa. Assim, em relação à idade foram confrontados os doentes com idade inferior a 65 anos com os de idade igual ou superior e, numa segunda avaliação, o grupo dos doentes com idade inferior a 80 anos com os de idade igual ou superior.

Compararam-se também os doentes com o diagnóstico principal mais frequente (pneumonia) com os restantes, e os grupos de internamentos por peso relativo dos GDH (inferior ou igual a 1,0 *versus* superior a 1,0). O 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>1</sup>; os valores considerados foram obtidos pela hierarquia dos GDH calculados para a realidade portuguesa e publicados na legislação em vigor<sup>2</sup>. Este indicador está na base do cálculo do índice de *case-mix*<sup>1</sup>, o qual reflecte a presença de maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos.

O peso relativo, demora média esperada e GDHs 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>2</sup>. Em todos os parâmetros (GDH, tempo de internamento, peso relativo) foram incluídos os episódios com transferências internas.

Os dados foram pesquisados no histórico dos doentes na base de dados geral do hospital. Os cálculos estatísticos foram efectuados com base no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os valores das variáveis contínuas foram expressos em média  $\pm$  desvio padrão e representadas em intervalos de frequência. Para os dados com distribuição assimétrica foi também calculada a mediana e efectuada transformação logarítmica prévia ( $\log_e$ ) à aplicação de testes estatísticos. Foi utilizado o teste t de Student para comparações entre os grupos (amostras independentes, excepto para a comparação do tempo de internamento dos episódios iniciais com a demora prevista, onde se utilizou o teste t para amostras emparelhadas) e o teste do qui-quadrado para comparação de proporções. A significância para diferenças e dependências foi estabelecida para  $\alpha = 0,05$ .

## Resultados

Na caracterização dos 144 episódios iniciais que serviram de referência para o estudo, constatou-se uma média de idades de 67,2 anos (13 - 97), tendo 34,7% (50 doentes) menos de 65 anos e 65,3% (94 doentes) idade igual ou superior a 65 anos; destes, 40 tinham 80 ou mais anos (27,7%). A demora média dos episódios seleccionados foi de 13,9 dias, variando entre três (mínimo definido) e 98 dias. Os GDH mais frequentes (com mais de 5 episódios) foram o “89 *Pneumonia e pleurisia, idade > 17 anos, com comorbilidades*” (n=22), o “127 *Insuficiência cardíaca e choque*” (n=8), o “204 *Doenças do pâncreas, excepto malignas*” (n=8) e o “202 *Cirrose e hepatite alcoólica*” (n=7). O diagnóstico principal mais frequente foi pneumonia (CID-9, 480.0 a 486), com 26 casos (18,1%). A média dos pesos relativos dos GDH foi de 1,43, variando entre 0,35 e 14,12, sendo a mediana de 1,03 e havendo 50 episódios com valores iguais ou inferiores a 1,0 e 94 acima deste nível; destes últimos, 53 foram superiores a 1,2 e 27 superiores a 1,5.

Ao ser confrontada a média dos tempos de internamento iniciais com a demora média prevista para os mesmos GDHs, apesar de o valor médio obtido ser superior ao previsto ( $13,9 \pm 12,7$  vs  $12,3 \pm 7,1$ ), a diferença não foi considerada significativa ( $p=0,443$ ).

No período seleccionado para avaliação após a alta destes doentes, foram realizadas 232 consultas externas no mesmo hospital, com os parâmetros mencionados no *Quadro I*. Em relação às especialidades de consulta envolvidas, destaca-se o facto de 61 doentes terem recorrido apenas a um serviço, 12 a dois e cinco a três. Dos 78 doentes com consultas registadas, 56,4% (n=44) tiveram consulta de Medicina II, sendo de mencionar que o segundo serviço mais utilizado foi o de Gastrenterologia, com seis doentes, e destacando-se também os vários serviços de Cirurgia Geral (n=7), a Endocrinologia (n=4), a Urologia (n=4) e a Oftalmologia (n=4). No total estiveram envolvidas consultas externas de 22 subespecialidades.

Dos doentes avaliados, 60 (41,6%) recorreram ao Serviço de Urgência, sendo apresentados no *Quadro II* os vários parâmetros analisados. Destes 60 doentes 58,3% (n=35), apenas tinham um registo; em 10 casos havia três ou mais episódios.

Outro parâmetro incluído no estudo foi o reinternamento durante este período. Os indicadores gerais dos 86 episódios encontrados estão descritos no *Quadro III*. Nos 59 doentes (41% do total) que tiveram internamentos posteriores, 43 (72,9%) só foram admitidos uma vez. Na distribuição por serviços, destacamos que 45,3% (n=39) dos episódios foram atribuídos ao serviço de Medicina II. Nos restantes, os mais frequentes foram os serviços de Gastrenterologia (n=7), Cardiologia (n=5) e os outros dois serviços de Medicina Interna (5 episódios cada). Na totalidade, estiveram envolvidos 17 serviços do Hospital. Nestes episódios, a pneumonia foi também o diagnóstico principal mais frequente, em nove casos (10,4%). Os GDH mais frequentes nos episódios subsequentes foram o “89 *Pneumonia e pleurisia, idade > 17 anos, com co-morbilidades*”(n=8), o “202 *Cirrose e hepatite alcoólica*” (n=8), o “466 *Continuação de cuidados, com diagnóstico secundário de doença não maligna*” (n=7), o “207 *Doenças das vias biliares, com complicações*” (n=5), o “395 *Doenças dos eritrócitos, idade > 17 anos*” (n=5). A demora média foi 10,8 dias e o peso relativo dos GDH foi de 1,78. Outro dado digno de realce é a presença de internamentos com intervenção cirúrgica, em número de nove, perfazendo 10,4 % de todos os internamentos subsequentes.

A mortalidade nos internamentos foi de 17,4% (15 doentes em 86 episódios), correspondendo a 25,4% dos doentes com internamentos (15 em 59 doentes) e a 10,4% de todos os incluídos no estudo. Destacamos que, em um terço (n=5,) a morte ocorreu num período inferior a um mês após a data da alta. Dos doentes falecidos, quatro tinham o diagnóstico principal de pneumonia (26,6% da mortalidade total), dois de cirrose hepática alcoólica e dois de neoplasia maligna. Em 40% dos doentes (n=6) a morte ocorreu no internamento de Medicina II; nos restantes, nos outros serviços de Medicina (n=5) e em serviços diversos (n=4).

Um dado relevante é o de que 105 doentes (72,9%) tiveram, pelo menos, um dos contactos estudados (urgência, consulta ou internamento).

Dos resultados obtidos da comparação entre grupos etários (< 65 vs = 65 anos e < 80 vs = 80 anos), destacamos um número inferior de doentes com consulta no grupo com idade superior ou igual a 80 anos, diferença esta estatisticamente significativa (*Quadro IV*).

Para avaliar a influência do peso relativo do GDH do internamento inicial nos parâmetros de seguimento, foram comparados os grupos com este indicador superior e inferior ou igual a 1,0, constatando-se um aumento significativo do número de consultas no grupo com peso relativo superior a 1,0 (*Quadro V*).

Nos doentes internados inicialmente com o diagnóstico principal de pneumonia, verificou-se um número de doentes com urgências significativamente superior, assim como da mortalidade em internamentos posteriores (*Quadro VI*).

## **Discussão**

Nesta avaliação, realizada após a alta do nosso serviço de Medicina Interna, constatou-se um impacto significativo de cuidados prestados dentro da mesma instituição, nos seus vários sectores (urgência, consulta externa e internamento). A percentagem de doentes que nos seis meses seguintes à data da alta recorreu aos serviços do mesmo hospital é relevante e merece reflexão – 72,9%. As admissões no internamento, durante este período, poderão constituir um indicador relevante, devendo, portanto, ser alvo de uma análise mais aprofundada e abrangente, uma vez que 41% dos doentes avaliados estiveram nesta situação.

O envolvimento de várias especialidades, médicas e cirúrgicas (22 serviços de consulta externa e 17 de internamento), no seguimento destes casos transmite bem o tipo de doente acompanhado nos serviços de Medicina Interna, onde a interdisciplinaridade está presente e é importante, nomeadamente na função e formação do Internista<sup>3,4</sup>. Nesta análise estão também patentes as características dos Hospitais Centrais, onde a circulação de doentes e as fronteiras e relações entre os serviços são um factor importante no trabalho diário e que merece ser avaliado<sup>3,4</sup>.

Embora em muitos casos as situações clínicas que levaram a recorrer ao hospital fossem relacionadas de algum modo com o diagnóstico principal do primeiro internamento, outras não o foram, o que alerta para os doentes consumidores de recursos, mesmo nos grandes hospitais.

A frequência de reinternamentos e seu impacto (86 internamentos, 930 dias) indicam que nos nossos serviços existe um predomínio de doentes com implicações de continuação de cuidados e de prognóstico pouco favorável. Neste trabalho, estes indicadores não foram influenciados nem por possíveis altas precoces (não se registaram diferenças significativas entre o tempo de internamento e a demora média esperada para os respectivos GDH), nem pela faixa etária elevada, apesar de 27,7% dos indivíduos terem mais de 80 anos. Mesmo não sendo patentes indicadores de alta precoce, 48,3% dos doentes que recorreram à urgência fizeram-no em menos de 30 dias após a alta, assim como 42,4% dos que foram reinternados. Embora tenham sido incluídos internamentos urgentes e programados na fase de avaliação, as readmissões tinham um peso relativo médio de 1,78, o qual está acima do doente médio nacional (1,0) e da média do internamento inicial (1,43), mostrando assim o impacto destes episódios.

Do estudo de possíveis variáveis que tenham influenciado os resultados, destacamos um maior número de consultas na sequência de internamentos por patologia com maior peso relativo, provavelmente

justificado pela maior diferenciação destas entidades, as quais necessitam frequentemente de acompanhamento programado.

Situação relevante foi a de, após internamentos por pneumonia, se ter registado um maior recurso posterior a urgências e um aumento da mortalidade, indicando ser este um grupo-alvo para futuros estudos, nomeadamente com avaliação dos factores envolventes da alta. A este propósito, outros autores indicam a necessidade de protocolos nesta patologia, incluindo critérios de alta, pois a instabilidade nesse momento pode influenciar negativamente o prognóstico.<sup>5</sup> Esta e outras patologias frequentes nos nossos serviços, como a insuficiência cardíaca e a DPOC, têm sido objecto de estudos nesta área<sup>6,7,8</sup>.

A mortalidade intra-hospitalar no período de seis meses após a alta foi elevada (25,4% nos que foram internados e 10,4% do total), sendo precoce, isto é, ocorrendo em menos de 30 dias, em um terço dos casos e frequentemente relacionada com a patologia do internamento inicial. Este foi provavelmente o resultado mais importante do estudo e revelador do tipo de prognóstico dos doentes presentemente internados nos nossos serviços, reforçado pelo facto da mortalidade real ter sido provavelmente superior, já que só foi contabilizada a ocorrida no mesmo hospital.

A revisão sistemática de parâmetros de seguimento após a alta, como a inclusão do estudo da mortalidade e das readmissões, é fundamental para encontrar soluções que influenciem a melhoria de prestação de cuidados, contornando as dificuldades hoje existentes nos serviços de Medicina Interna, repletos de doentes dependentes, idosos e com doenças crónicas. Nestes estudos é importante utilizar metodologia que permita a comparação com outros, como sejam os GDHs e o índice *case-mix*<sup>9,10</sup>. Assim, cada vez mais se torna importante um bom planeamento e orientação após a alta, em interface com outros agentes e instituições<sup>11</sup>.

## **Bibliografia**

1. 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.
2. Portaria nº 189/2001. Diário da República. 1º Série B, 9 Março, 2001.
3. Ferreira F. A medicina interna e o futuro. *Med Interna* 1997; 4(3): 202-206.
4. Santos N, Dias F, Clara JG. A concomitância de patologias no doente idoso internado num serviço de medicina interna. *Geriatrics* 2000; 13 (127): 23 – 30.
5. Halm EA, Fine MJ, Kapoor W et al. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Intern Med* 2002; 162 (11):1278-1284.

6. Azevedo A, Pimenta J, Dias P et al. Effect of a heart failure clinic on survival and hospital readmission in patients discharged from acute hospital care. *Eur J Heart Fail* 2002; 4(3): 353-359.
7. Almagro P, Calbo E Echaguen A et col. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest* 2002; 121(5): 1441-1448.
8. Kane R, Chen Q, Finch M et al. The optimal out comes of post-hospital care under Medicare. *Health Serv Res* 2000; 35(3): 615-661.
9. Kossovsky M, Perneger T, Sarasin F et al. Comparison between planned and unplanned readmissions to a department of internal medicine. *J Clin Epidemiol* 1999; 52(2):151-156.
10. Leng G, Walsh D, Fowkes F et al. Is the emergency readmission a valid outcome indicator? *Qual Health Care* 1999; 8(4):234-238.
11. Thomas D, Brahan R, Haywood B. Inpatient community – based geriatric assessment reduces subsequent mortality. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41(2): 101-104.

**Quadro I – Avaliação após a alta; Indicadores de Consulta Externa.**

PARÂMETROS AVALIADOS	RESULTADOS
Nº Total de Consultas	232
Média Consultas / Doente (n-144)	1,61 ± 2,12 (0 - 8)
Nº Doentes com Consulta	78 (54,2%)
Média Consultas / Doente c/ Consulta (n-78)	2,97 ± 2,08 (1 - 8)
Nº Especialidades envolvidas	22
Tempo alta – 1ª Consulta (média em dias)	37,1 ± 33,43 (1 – 139)
Tempo alta – 1ª Consulta <30 dias	44 (56,4%)

**Quadro II – Avaliação após a alta; Indicadores do Serviço de Urgência.**

PARÂMETROS AVALIADOS	RESULTADOS
Nº Total de Urgências	100
Média Urgências / Doente (n-144)	0,69 ± 1,05 (0 - 6)
Nº Doentes com Urgências	60 (41,6 %)
Média Urgências / Doentes c/ Urgência (n-60)	1,66 ± 1,02 (1 - 6)
Tempo alta – 1ª Urgência (média em dias)	47,01 ± 47,8 (0 – 180)
Tempo alta – 1ª Urgência <30 dias	29 (48,3%)

**Quadro III – Avaliação após a alta; Indicadores de Internamento.**

PARÂMETROS AVALIADOS	RESULTADOS
Nº Total de Internamentos	86
Média Internamentos / Doente (n-144)	0,60 ± 0,92
Nº Doentes com Internamentos	59 (41,0 %)
Média Internamentos / Doentes c/ Intern. (n-59)	1,46 ± 0,91 (1 - 6)
Tempo alta – 1º Internamento (média em dias)	51,3 ± 45,3 (1 – 164)
Tempo alta – 1º Internamento <30 dias	25 (42,4%)
Nº Serviços envolvidos	17
Nº Total de Dias de Internamento	930

**Quadro IV – Comparações referidas ao grupo etário.**

	< 65 anos (n-50)	= 65 anos (n-94)	P	< 80 (n-104)	= 80 anos (n-40)	P
Nº Doentes c/ Consulta	32 (64%)	46 (48,9%)	NS	66 (63,5%)	12 (30%)	<0,001
Nº Consultas / Doente*	3 (1 – 8)	2 (1 – 8)	NS	2 (1 – 8)	2 (1 – 7)	NS
Nº Doentes c/ Urgência	15 (30%)	45 (47,8%)	NS	44 (42,3%)	16 (40%)	NS
Nº Urgências / Doente*	2 (1 – 3)	1 (1 – 6)	NS	1 (1 – 6)	1 (1 – 5)	NS
Nº Doentes c/ Internamento	23 (46%)	36 (38,3%)	NS	47 (45,2%)	12 (30%)	0,047
Nº Internamentos / Doente*	1 (1 – 6)	1 (1 – 3)	0,028	1 (1 – 6)	1 (1 – 2)	NS
Mortalidade	6 (12%)	9 (9,6%)	NS	13 (12,5%)	2 (5%)	NS

\* Doentes com um ou mais contactos – mediana (extremos)

**Quadro V – Comparações referidas ao peso relativo do GDH.**

	≤1,0 (n-50)	> 1,0 (n- 94)	p
<b>Nº Doentes c/ Consulta</b>	<b>24 (48%)</b>	<b>54 (57,4%)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Consultas / Doente*</b>	<b>2 (1 – 7)</b>	<b>3 (1 – 8)</b>	<b>0,015</b>
<b>Nº Doentes c/ Urgência</b>	<b>17 (34%)</b>	<b>43 (45,7%)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Urgências / Doente*</b>	<b>1 (1 – 3)</b>	<b>1 (1 – 6)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Doentes c/ Internamento</b>	<b>16 (32%)</b>	<b>43 (45,7%)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Internamentos / Doente*</b>	<b>1 (1 – 2)</b>	<b>1 (1 – 6)</b>	<b>NS</b>
<b>Mortalidade</b>	<b>3 (6%)</b>	<b>12 (12,8%)</b>	<b>NS</b>

\* Doentes com um ou mais contactos – mediana (extremos)

**Quadro VI – Comparações relacionadas com o diagnóstico principal (DP).**

	DP – Pneumonia (n-26)	Outros DP (n-118)	p
<b>Nº Doentes c/ Consulta</b>	<b>13 (50%)</b>	<b>65 (55%)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Consultas / Doente*</b>	<b>2 (1 – 7)</b>	<b>2 (1 – 8)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Doentes c/ Urgência</b>	<b>19 (73,0%)</b>	<b>41 (34,7%)</b>	<b>0,001</b>
<b>Nº Urgências / Doente*</b>	<b>1 (1 – 3)</b>	<b>1 (1 – 6)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Doentes c/ Internamento</b>	<b>13 (50%)</b>	<b>46 (38,9%)</b>	<b>NS</b>
<b>Nº Internamentos / Doente*</b>	<b>1 (1 – 6)</b>	<b>1 (1 – 4)</b>	<b>NS</b>
<b>Mortalidade</b>	<b>6 (23,1%)</b>	<b>9 (7,6%)</b>	<b>0,03</b>

\* Doentes com um ou mais contactos – mediana (extremos)