



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Beatriz Furtuoso Petry

**TEMPO DE PERMANÊNCIA EM EMERGÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS
POR HEMORRAGIA DIGESTIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Florianópolis

2023

Beatriz Furtuoso Petry

**TEMPO DE PERMANÊNCIA EM EMERGÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS
POR HEMORRAGIA DIGESTIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Residência submetido ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Urgência e Emergência.

Orientador(a): Me. Vitor Monteiro Moraes

Florianópolis

2023

AGRADECIMENTOS

O programa de residência foi, de longe, o maior desafio da minha vida e um divisor de águas na minha carreira profissional. Diante de todas as adversidades desse momento de vida, gostaria de agradecer algumas pessoas que marcaram de forma positiva essa trajetória:

Primeiramente ao meu orientador, que desde o meu primeiro contato, antes mesmo de ser meu orientador, sempre me incentivou a buscar conhecimento e teve toda a paciência do mundo para sanar qualquer dúvida. Suas contribuições durante esses anos de residência foram essenciais e muito inspiradoras!

À minha família e amigos, agradeço pelo suporte incondicional, especialmente pela compreensão diante da minha ausência nesse momento. Agradeço em especial, o Renan, meu parceiro de vida, que me acolheu e deu forças nos momentos mais difíceis e que continua me motivando a melhorar todos os dias.

Um agradecimento especial é estendido aos meus colegas residentes, que compartilharam comigo as alegrias e desafios, oferecendo apoio, acolhimento e compartilhando dos momentos mais desafiadores.

Por fim, dirijo meus agradecimentos a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta extensa jornada. Este é um momento de celebração, no qual cada um de vocês possui uma parte significativa nesta conquista.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este trabalho foi elaborado como requisito avaliativo para a conclusão da residência no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, visando à obtenção do título de enfermeira especialista em urgência e emergência. O artigo foi desenvolvido seguindo o modelo da Revista Gaúcha de Enfermagem, a qual detém classificação QUALIS A3. A escolha desse periódico decorreu da compreensão de que o tema abordado no presente estudo está alinhado ao escopo da revista.

RESUMO

Introdução: Hemorragias digestivas são situações clínicas comuns atendidas em serviços de emergência. O tempo de permanência destes pacientes na emergência pode contribuir para a superlotação do serviço, além de representar um indicador desse fenômeno. **Objetivo:** Analisar o tempo de permanência na emergência de pacientes internados com diagnóstico com hemorragia digestiva em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal e retrospectivo, com base em dados do prontuário eletrônico de 52 pacientes internados por hemorragia digestiva. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva e analítica. Variáveis categóricas foram comparadas com uso do Teste qui-quadrado, variáveis contínuas paramétricas pelo Teste t e as não-paramétricas pelo Teste Mann-Whitney ou pelo Teste Kruskal-Wallis. Valores de p abaixo de 0,05 foram considerados significativos. **Resultados:** Amostra majoritariamente masculina (65,4%), acometida por hemorragia digestiva alta (65,4%), com idade média de 63,6(\pm 14,4) anos e apresentando mais de duas comorbidades (67,3%). O tempo mediano de permanência do total de pacientes na emergência foi de 47,1 (27,8 – 74,8) horas. Pacientes com hemorragia digestiva alta tiveram tempos medianos (em horas) para decisão clínica (2,5 vs 5,9; p= 0,008), para tratamento e estabilização clínica (31,6 vs 52,7; p= 0,083) e de permanência na emergência (35,1 vs 59,1; p= 0,034) menores do que aqueles com hemorragia digestiva baixa. **Conclusão:** Pacientes com hemorragia digestiva baixa permanecem mais tempo na emergência do que os com hemorragia digestiva alta. Estratégias institucionais visando melhorar o fluxo de atendimento em emergência são uma alternativa para reduzir esse tempo.

Palavras-chave: hemorragia gastrointestinal; tempo de permanência; serviço de emergência; eficiência organizacional.

ABSTRACT

Introduction: Gastrointestinal bleeding is a common clinical condition encountered in emergency services. The length of stay for these patients in the emergency department can contribute to service overcrowding and serves as an indicator of this phenomenon. **Objective:** To analyze the length of stay in the emergency department for patients admitted with a diagnosis of gastrointestinal bleeding in a teaching hospital. **Methods:** A quantitative cross-sectional and retrospective study based on electronic medical record data from 52 patients admitted for gastrointestinal bleeding. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics. Categorical variables were compared using the chi-square test, parametric continuous variables using the t-test, and non-parametric variables using the Mann-Whitney test or Kruskal-Wallis test. P values below 0.05 were considered significant. **Results:** The majority of the sample was male (65.4%), affected by upper gastrointestinal bleeding (65.4%), with a mean age of 63.6 (± 14.4) years, and presenting with more than two comorbidities (67.3%). The median length of stay for all patients in the emergency department was 47.1 (27.8 – 74.8) hours. Patients with upper gastrointestinal bleeding had shorter median times (in hours) for clinical decision-making (2.5 vs. 5.9; $p=0.008$), treatment and clinical stabilization (31.6 vs. 52.7; $p=0.083$), and overall emergency department stay (35.1 vs. 59.1; $p=0.034$) compared to those with lower gastrointestinal bleeding. **Conclusion:** Patients with lower gastrointestinal bleeding spend more time in the emergency department than those with upper gastrointestinal bleeding. Institutional strategies aimed at improving emergency department flow are an alternative to reduce this time.

Keywords: Gastrointestinal Bleed; Length of stay; emergency department; efficiency organizational.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
MÉTODO.....	9
TIPO DE ESTUDO E LOCAL DE PESQUISA.....	9
POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	9
COLETA DE DADOS.....	10
ANÁLISE DOS DADOS.....	11
ASPECTOS ÉTICOS.....	11
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÕES.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

MANUSCRITO: TEMPO DE PERMANÊNCIA EM EMERGÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

INTRODUÇÃO

As hemorragias digestivas (HDs) são eventos comuns atendidos em Serviços de Emergência (SE) mundialmente e representam uma das principais causas de internação de pacientes com problemas gastrointestinais⁽¹⁾. A diferenciação entre Hemorragia Digestiva Alta (HDA) e Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) baseia-se na origem do sangramento em relação ao ligamento de Treitz, que demarca a junção duodenojejunal^(1,2).

As HDAs podem ser classificadas como HDA varicosa e HDA não varicosa, sendo esta última a mais prevalente, ocorrendo em aproximadamente 80 a 90% dos casos. A HDA não varicosa está frequentemente associada a doenças dispépticas, já a HDA varicosa, embora menos comum, apresenta maior gravidade, sendo geralmente relacionada à doença cirrótica com hipertensão portal⁽³⁾. As HDBs, por sua vez, representam quadros mais crônicos, relacionados à diverticulite, tumores ou malformações vasculares intestinais⁽²⁾.

Em geral, as HDAs tendem a ter maior impacto clínico em comparação com as HDBs, devido à sua natureza aguda, com exteriorização de sangramentos volumosos e que podem representar ameaça à vida, enquanto as HDBs são frequentemente identificadas pela detecção de sangue nas fezes, podendo evoluir para anemia grave se não tratadas precocemente^(1,4). Dessa forma, o atendimento inicial rápido e eficiente em SE, com adequada investigação e estabilização clínica nos quadros de HD são determinantes no prognóstico^(2,5).

É esperado que, idealmente, os SEs estejam devidamente preparados para absorver e solucionar de forma satisfatória tais demandas⁽⁷⁾. Todavia, no cenário real de cuidado o que se constata são, especialmente na realidade brasileira, SEs superlotados, com déficit de recursos humanos e de materiais para atender populações cada vez maiores e com problemas de saúde mais complexos^(7,8,9).

Em uma relevante publicação⁽⁶⁾, um modelo conceitual é proposto para compreender a superlotação nos departamentos de emergência, enfatizando a importância de abordagens estruturais e organizacionais para lidar com esses impasses e como esse cenário afeta a capacidade de resposta aos pacientes, incluindo aqueles com HDs. Os autores⁽⁶⁾ analisam a superlotação enquanto fenômeno assistencial que pode ser compreendido, medido e corrigido a partir de três fatores: Acesso, Produtividade e Saída.

O Acesso está relacionado às condições de entrada dos pacientes no SE, ao tipo da demanda (espontânea, atendimento pré-hospitalar ou encaminhamento de outros serviços), à gravidade clínica e ao grau de vulnerabilidade social desses pacientes^(6,7). O segundo fator se refere a processos internos de triagem, diagnóstico, tomada de decisão, fluxo interno de pacientes, tempo para avaliação por especialidades médicas, disponibilidade de tratamento, diagnóstico, de recursos humanos e de infraestrutura^(6,7). Por fim, o terceiro fator se refere à saída desses pacientes do SE e depende de leitos hospitalares disponíveis, transporte extra e intra-hospitalar, transferência do cuidado, planejamento de alta, grau de complexidade de pacientes internados e a continuidade da assistência após a alta^(6,7).

O tempo de permanência do paciente no SE é um dos principais fatores relacionados ao fenômeno da superlotação e também um de seus indicadores^(6,8). Assim, para melhoria do serviço prestado, a avaliação dos processos de atendimento e produção assistencial se torna indispensável^(6,7). Por isso, acredita-se que ao analisar o tempo de permanência de pacientes acometidos por HDs em SE seja possível visualizar os processos assistenciais internos do serviço sob o ponto de vista da Produtividade descrita por Asplin e colaboradores⁽⁶⁾. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é analisar o tempo de permanência na emergência de pacientes internados com diagnóstico de HD em um hospital universitário considerado centro de referência para esses casos.

MÉTODOS

Tipo de estudo e local de pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, transversal e retrospectivo. Foi realizado a partir de registros no prontuário eletrônico de pacientes admitidos em um Hospital Universitário (HU) sul-brasileiro, que é referência estadual no tratamento de enfermidades do Trato Gastrointestinal (TGI), abrangendo o atendimento a pacientes com HD. O sistema informatizado que engloba o prontuário eletrônico foi implantado nesta instituição em 2017.

População, amostra e critérios de elegibilidade

Foram incluídos os participantes maiores de 18 anos que receberam atendimento no SE no período de 2019 a 2022 e que internaram devido a HD, de acordo com o código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) registrado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os indivíduos cujos prontuários eletrônicos continham informações

incompletas ou insuficientes e aqueles que não haviam sido internados, mas que não receberam atendimento no SE foram excluídos.

De um universo de 256 pacientes identificados a partir dos critérios descritos, a partir de amostragem por conveniência, 52 participantes foram incluídos no estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2023, pela pesquisadora principal, a partir dos dados encontrados nos prontuários eletrônicos. Uma vez obtidos, os dados foram acomodados na plataforma Google Tabelas, vinculada a uma conta Google exclusiva ao estudo.

Um instrumento estruturado desenvolvido ao presente estudo foi aplicado para caracterização dos participantes e do atendimento no SE. As variáveis de interesse foram: idade, sexo (feminino/masculino), presença de duas comorbidades ou mais, número e tipo de exames solicitados, tempo porta-exame laboratorial, a lotação da emergência e a quantidade de atendimentos na Classificação de Risco (CR) no dia de chegada do paciente ao SE, a categoria elegida na CR (não classificado, verde, amarelo, laranja ou vermelho), a prioridade na CR entre baixa prioridade (não classificados, verde e amarelo) e alta prioridade (laranja ou vermelho), tipo da HD (HDA varicosa, HDA não-varicosa e HDB) e ocorrência de óbito intra-hospitalar. Para qualificar a análise, os pacientes foram comparados a partir do tipo de HD que os acometeu, por entender que o caráter agudo de apresentação é mais marcante nos casos de HDA do que HDB.

Foram considerados quatro intervalos de tempo para análise do tempo de permanência do paciente no SE. O Tempo 1, denominado como tempo para decisão clínica, foi definido como a diferença entre o horário de chegada do paciente no SE e o horário de emissão da AIH pelo médico responsável. O Tempo 2, considerado como tempo para tratamento e estabilização clínica, foi definido como a diferença entre o horário da solicitação da AIH e o momento de transferência para outra unidade hospitalar ou o desfecho ocorrido no SE (óbito, alta, evasão ou transferência hospitalar). O Tempo 3 se refere ao período total de permanência do paciente no SE e foi definido como a diferença entre o horário de chegada do paciente no SE e o horário da transferência para outra unidade de internação hospitalar ou a ocorrência do desfecho no SE (óbito, alta, evasão ou transferência hospitalar). Por fim, o Tempo 4, que corresponde ao tempo total de internação, foi definido como a diferença entre o horário de chegada do paciente no SE e o momento do desfecho (óbito, alta, evasão ou transferência hospitalar), independente da unidade onde ocorreu.

Análise dos dados

A análise estatística empregou estatística descritiva, utilizando média, desvio-padrão, ou mediana e intervalos interquartis, conforme a distribuição das variáveis, que foi verificada por meio do Teste de Shapiro-Wilk. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa, sendo comparadas a partir do Teste Qui-quadrado. O Teste t foi empregado na comparação de variáveis paramétricas. Para variáveis não-paramétricas, o Teste de Mann-Whitney foi aplicado para comparações dicotômicas e o Teste Kruskal-Wallis para comparações em três ou mais agrupamentos. Um nível de significância inferior a 0,05 foi adotado para todos os testes analíticos. O software utilizado na análise foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 21.

Aspectos éticos

Os procedimentos seguidos neste estudo estiveram em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a pesquisa original recebeu a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 6.185.377, e obteve o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 68292223800000121.

RESULTADOS

O estudo contou com 52 pacientes acometidos por HD, sendo predominante nesses a HDA e o sexo masculino (ambos 65,4%), com média de idade de 63,6 anos, acometidos por duas ou mais comorbidades (67,3%), classificados com baixa prioridade de atendimento (65,4%) e uma taxa de óbito intra-hospitalar de 36,5%. Quanto ao tipo de HD, não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis analisadas entre pacientes com HDA e HDB (Tabela 1).

Tabela 1 - Características clínicas dos pacientes internados por HD alta e baixa no serviço de emergência.

Variável (n)	Total	Hemorragia Digestiva Alta (n=34)	Hemorragia digestiva baixa (n=18)	Valor de p
Idade(52)*	63,6 (±14,4)	62,9 (±14,9)	64,6 (±13,6)	0,69
Sexo(52)**				
Masculino	34 (65,4%)	22 (64,7%)	12 (66,7%)	1,00

Feminino	18 (34,6%)	12 (35,3%)	6 (33,3%)	
Duas comorbidades ou mais (52)**				
Sim	35 (67,3%)	24 (70,5%)	11 (61,2%)	0,54
Não	17 (32,7%)	10 (29,5%)	7 (38,8%)	
Número de exames solicitados (43)	15,6 (±9,5)	15,6 (±10,8)	14,0 (±7,4)	0,58
Tipo de exames solicitados (51)**				
Laboratoriais	21 (41,2%)	17 (51,5%)	4 (22,3%)	0,07
Imagem e laboratoriais	30 (58,8%)	16 (49,5%)	14 (77,7%)	
Tempo porta-exame (laboratorial) (19)***	3,4 (1,9 - 4,6)	3,5 (1,9 - 4,7)	3,0 (1,7 - 4,3)	0,66
Lotação da emergência (52)*	15,6 (±5,3)	15,8 (±5,6)	15,3 (±4,8)	0,76
Pacientes atendidos na classificação de risco (52)*	110,6 (±24,5)	112,9 (±24,9)	106,4 (±23,9)	0,37
Categoria na classificação de risco (52)**				
Não classificado	17 (32,7%)	13 (38,3%)	4 (22,3%)	
Verde	3 (5,7%)	2 (5,8%)	1 (5,6%)	
Amarelo	14 (26,9%)	7 (20,5%)	7 (38,8%)	0,58
Laranja	10 (19,3%)	5 (14,9%)	5 (27,7%)	
Vermelho	8 (15,4%)	7 (20,5%)	1 (5,6%)	
Prioridade na classificação de risco (52)**				
Alta prioridade	18 (34,6%)	12 (35,3%)	6 (33,3%)	0,32
Baixa prioridade	34 (65,4%)	22 (64,7%)	12 (66,7%)	
Óbito intra-hospitalar (52)**				
Sim	19 (36,5%)	14 (41,2%)	5 (27,7%)	0,38
Não	33 (63,5%)	20 (58,8%)	13 (72,3%)	

* Média e \pm desvio-padrão; Teste t. ** Frequência absoluta e porcentagem. Teste Exato de Fisher. *** Mediana e percentis de 25 e 75%. Teste Mann-Whitney. Fonte: Autores.

No que se refere à produção do SE, analisada a partir do tempo dedicado no atendimento aos pacientes com HD, é notável a diferença entre pacientes com HDA e HDB, sendo a permanência no SE dos pacientes com HDA significativamente menor que os com HDB (p 0,034). Houve diferença significativa também para o tempo de decisão clínica (p 0,008) e tempo total de internação (p 0,004), menores em pacientes com HDA (Tabela 2).

Tabela 2 – Tempo dedicado no atendimento a pacientes com HD de acordo com o tipo de HD (HDA e HDB).

Variável	Total	Hemorragia Digestiva Alta (n=34)	Hemorragia digestiva baixa (n=18)	p-valor*
Tempo para decisão clínica (horas)	4 (1,6 - 7,6)	2,5 (1,1 - 6,3)	5,9 (3,7 - 11,2)	0,008

Tempo para tratamento e estabilização clínica (horas)	38,6 (25,8 - 60,3)	31,6 (15,9 - 60,1)	52,7 (36,5 - 65,1)	0,083
Tempo de permanência do paciente no SE (horas)	47,1 (27,8-74,8)	35,1 (16,8 - 61,4)	59,1 (41,5 - 78,9)	0,034
Tempo total de internação (dias)**	6,1 (3,7 - 15,3)	5,1 (3,4 - 8,6)	12,8 (6,3 - 24,1)	0,004

*Teste Mann-Whitney. **Se refere apenas aos pacientes encaminhados à unidade internação (n= 46).

Fonte: Autores.

Ao discernir mais os tipos de HD entre os pacientes acometidos com HDA varicosa, não-varicosa e HDB, evidencia-se que há uma decisão clínica mais ágil para pacientes com HDA varicosa, embora esses também sejam os que demandam maior tempo mediano para tratamento e estabilização clínica, bem como permanência no SE (Tabela 3).

Tabela 3 - Tempo dedicado no atendimento a pacientes com HD de acordo com o tipo de HD (HDA Varicosa, HDA Não-varicosa e HDB).

Variável	Total	HDA Varicosa (n= 9)	HDA não-varicosa (n=23)	HDB (n=18)	p-valor*
Tempo para decisão clínica (horas)	4,0 (1,6 - 7,6)	1,7 (1,1 - 4,3)	3,0 (1,0 - 6,4)	5,9 (3,7 - 11,2)	0,027
Tempo para tratamento e estabilização clínica (horas)	38,6 (25,8 - 60,3)	59,2 (15,0 - 209,1)	30,5 (16,2 - 43,7)	52,7 (36,5 - 65,1)	0,040
Tempo de permanência do paciente no SE (horas)	47,1 (27,7 - 74,8)	60,4 (16,6 - 263,6)	33,5 (16,8 - 50,2)	59,1 (41,5 - 78,9)	0,024
Tempo total de internação (dias)**	6,1 (3,7 - 15,3)	6,1 (2,6 - 12,5)	4,5 (3,4 - 7,1)	12,8 (6,3 - 24,1)	0,014

*Teste Kruskal-Wallis. **Se refere apenas aos pacientes encaminhados à unidade internação (n= 46).

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que a maioria dos pacientes com HDA são predominantemente do sexo masculino e têm idade acima de 60 anos. Dados semelhantes foram identificados em estudos conduzidos nos estados de São Paulo e no Espírito Santo^(10,11).

Um estudo correlaciona o envelhecimento como um fator de risco para o desenvolvimento de HDA não varicosa, uma vez que os idosos demonstram maior suscetibilidade ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e antiagregantes plaquetários em doses baixas⁽¹⁰⁾. Quanto ao gênero, a literatura indica que os homens representam a maioria dos pacientes que sofrem com algum tipo de HD e que não há bem definido essa relação entre o sexo e HDs⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A maioria dos pacientes incluídos no estudo apresentavam duas ou mais comorbidades, e essa condição pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de HDs^(11,12). Entre as comorbidades mais frequentemente relatadas na literatura, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cirrose hepática, alcoolismo, tabagismo e neoplasias^(11,12). No que se refere às principais causas de HDAs, as úlceras pépticas sobressaem, seguidas das varizes esofágicas, e observa-se uma relação direta entre o número de doenças cardiovasculares e o risco de mortalidade⁽¹³⁾. No que concerne à HDB, o diagnóstico predominante identificado foi a diverticulite, hemorróidas, malformações vasculares e enterocolites⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

No que diz respeito à quantidade e à natureza dos exames solicitados, as diretrizes⁽¹⁵⁾ estabelecidas pela European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) para HDB enfatizam a importância de incluir a avaliação de marcadores laboratoriais durante a investigação da doença. Além disso, recomenda-se a utilização da Tomografia Computadorizada (TC) em casos de pacientes que estejam hemodinamicamente instáveis antes de submeterem-se à colonoscopia, visando inicialmente identificar a fonte do sangramento e, posteriormente, realizar as intervenções necessárias⁽¹⁵⁾. Paralelamente a essas diretrizes, é relevante observar que alguns escores aplicados no contexto de HDA também fazem uso de exames laboratoriais, como é o caso do Escore de Glasgow-Blatchford (EGB)⁽¹²⁾.

O EGB é empregado como uma ferramenta de triagem destinada a avaliar a probabilidade de que um episódio de HDA requeira intervenções médicas, como transfusão sanguínea e procedimentos endoscópicos⁽¹²⁾. Sua pontuação varia de 0 a 1, onde o valor 0 é atribuído a pacientes com risco reduzido, indicando a possibilidade de alta precoce, enquanto o valor 1 é destinado a indivíduos com risco elevado de necessitar de intervenções médicas. Esse escore considera múltiplos parâmetros, incluindo os níveis de ureia e hemoglobina, bem como a pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, presença de melena, episódios de síncope, hepatopatias e insuficiência cardíaca⁽¹²⁾.

No presente estudo, observou-se que a maioria dos exames realizados pertencia à categoria de exames laboratoriais e de imagem (58,8%), com uma média total de 15,6 ($\pm 9,5$) exames solicitados por paciente. Uma revisão abrangente da literatura⁽¹⁶⁾ demonstra que a taxa de realização excessiva de exames radiológicos em diversos países varia substancialmente, situando-se entre 20% e 50%. Essa prática excessiva acarreta custos significativos para as instituições de saúde, representando um desperdício de recursos limitados⁽¹⁶⁾. Além disso, impõe riscos aos pacientes devido à exposição à radiação ionizante e ao uso de meios de contraste, sem proporcionar benefícios significativos no tratamento clínico⁽¹⁶⁾.

No ano de 2012, a American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM) inaugurou a iniciativa conhecida como Choosing Wisely, com o propósito de identificar e mitigar a utilização excessiva de recursos médicos, a exemplo de exames laboratoriais, exames de imagem e procedimentos clínicos⁽¹⁷⁾. Essa estratégia se baseia em recomendações respaldadas por evidências científicas e promove a participação ativa dos pacientes em seu processo de tratamento, incentivando a avaliação da necessidade de exames ou procedimentos que carecem de eficácia clínica comprovada⁽¹⁷⁾. A aplicação dessa iniciativa tem demonstrado eficácia notável na contenção dos custos relacionados à assistência médica em diversos países⁽¹⁷⁾.

Para além da iniciativa Choosing Wisely, o emprego do método de Lean Healthcare Management (LHM) também se coloca como uma opção viável nos SEs, atuando como uma ferramenta direcionada à otimização dos processos de trabalho⁽¹⁸⁾. O objetivo do LHM é assegurar a prestação de assistência médica de alta qualidade centrada no paciente, ao mesmo tempo em que se erradicam ineficiências e desperdícios de recursos⁽¹⁸⁾. Ao adotar o método LHM, é possível mapear e compreender minuciosamente os processos envolvidos na realização de exames e procedimentos, possibilitando, assim, o desenvolvimento de estratégias destinadas a promover a eficiência e eficácia desses procedimentos⁽¹⁸⁾. A conjunção de ambas as estratégias detém um grande potencial para garantir a segurança do paciente e a otimização na utilização de recursos⁽¹⁸⁾.

Além de sua aplicação na redução de desperdícios, o LHM encontra ampla utilização na gestão do fluxo de pacientes nos SEs, resultando na diminuição dos tempos de espera para o atendimento⁽¹⁹⁾. A prolongada espera por triagem de prioridade clínica, conhecida como CR, é uma problemática globalmente reconhecida nos SEs⁽¹⁹⁾. No contexto brasileiro, em 2004, por meio da Política Nacional de Humanização⁽²⁰⁾, o Ministério da Saúde introduziu o Protocolo de Manchester na abordagem da CR, com o intuito de priorizar o atendimento com

base nos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e aprimorar a eficiência do serviço de atendimento.

Neste contexto, a HDA e a HDB representam diferentes desafios clínicos, com a HDA frequentemente envolvendo riscos iminentes à vida devido a perdas sanguíneas substanciais, enquanto a HDB pode apresentar uma evolução mais favorável, com a possibilidade de cessação espontânea em cerca de 80 a 85% dos casos^(14,21). A perda de grandes volumes de sangue pode apresentar riscos substanciais à vida do paciente, justificando a necessidade de priorização no atendimento médico⁽²¹⁾. Nos quadros mais agudos, a HDB pode se manifestar por meio de sintomas como hematoquezia ou enterorragia, e nos casos mais graves, demanda uma abordagem clínica mais cuidadosa⁽¹⁴⁾.

Em relação ao desfecho de óbito, os resultados deste estudo evidenciaram que os pacientes com HDA apresentaram uma taxa de mortalidade superior àquela observada entre os pacientes com HDB. Essa constatação alinha-se com a literatura especializada e reflete a maior gravidade associada à HDA em comparação à HDB⁽¹²⁻¹⁴⁾. Conforme descrito na literatura, a taxa de mortalidade varia de acordo com o tipo de HDA, situando-se entre 18% e 30% para os casos de HDA varicosa e entre 4% e 10% para os casos de HDA não varicosa, podendo ser influenciada pela idade do paciente e pela presença de comorbidades⁽¹²⁾. Em contrapartida, a taxa de mortalidade para os casos de HDB geralmente oscila entre 2% e 4%. No entanto, é pertinente ressaltar que, em idosos portadores de múltiplas comorbidades, a taxa de mortalidade pode atingir um índice de até 40%⁽¹⁴⁾.

Em relação ao intervalo de tempo para decisão clínica, no presente estudo, definiu-se como a diferença entre o momento de chegada do paciente e o instante em que a AIH foi emitida. Nesse contexto, o fluxo do paciente compreenderia a passagem pela avaliação do enfermeiro durante a CR, seguida pela consulta médica. Os resultados obtidos nesse estudo vão de encontro com a literatura, considerando que pacientes com HDA apresentam um risco de mortalidade superior em comparação ao grupo com HDB, o atendimento inicial do grupo com HDA é realizado mais rápido⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Este é o momento em que a anamnese do paciente é coletada, abrangendo aspectos como idade, manifestações sintomáticas, ocorrências prévias de HD, histórico de comorbidades e uso de medicamentos, especialmente no contexto da CR⁽²²⁾. No que tange à CR, diversos fatores podem exercer influência sobre o tempo decorrido até a sua realização, incluindo o dia da semana e o horário de atendimento, a presença de pacientes prioritários aguardando atendimento, a chegada de pacientes via ambulância, a disponibilidade de profissionais de saúde e a quantidade de salas destinadas à CR^(22,23). A prontidão no

atendimento aos pacientes assume importância crucial, uma vez que a primeira interação com um profissional de saúde ocorre durante a CR⁽²²⁻²⁴⁾. Estudos indicam que a prolongada duração desse período está associada a um aumento do risco de desfechos desfavoráveis⁽²²⁻²⁴⁾.

A literatura enfatiza a observação frequente do tempo de espera para a CR, para que não ultrapassem os 10 minutos, embora as diretrizes do Sistema de Triage Manchester (STM) não preconizem que esse intervalo seja excedido⁽²²⁾. Uma pesquisa avaliou os períodos de espera para triagem⁽²³⁾, revelando que pacientes que aguardam por 2 horas ou mais apresentam maior probabilidade de deixar o serviço de emergência sem avaliação, e aproximadamente 3% desses pacientes retornam à emergência com sintomas semelhantes.

A partir da categorização obtida na CR, define-se o tempo de espera para atendimento médico, considerando o risco potencial de deterioração clínica do paciente⁽²⁴⁾. Prolongados períodos de espera para atendimento médico associam-se à insatisfação do paciente, imposição de sofrimento ao aguardar, além de aumentar o risco de desfechos desfavoráveis e contribuir para um ambiente de trabalho estressante⁽²⁴⁾. Em média, a diferença temporal entre o término da CR e o início do atendimento médico é de 52 minutos, conforme indicado por um estudo realizado no contexto brasileiro⁽²⁴⁾.

No que concerne ao intervalo destinado ao tratamento e estabilização clínica, no presente estudo os pacientes pertencentes ao grupo de HDB demandam um período mais extenso para o tratamento em comparação com o grupo de HDA. No entanto, ao examinar as subdivisões de HDA, constata-se que os indivíduos afetados pela HDA varicosa requerem um tempo ainda mais prolongado para receber o tratamento necessário. O diagnóstico e tratamento das diferentes formas de HDs variam de acordo com as diretrizes específicas para cada condição. Na HDB, as diretrizes da ESGE preconizam a Angiotomografia Computadorizada para pacientes hemodinamicamente instáveis, enquanto a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é recomendada em situações em que a tomografia não é viável⁽¹⁵⁾.

Já para a HDA Varicosa, as diretrizes da American Gastroenterological Association (AGA) sugerem exames de imagem, como TC ou Ressonância Magnética, e a EDA como padrão ouro, utilizando a classificação de Salin para estratificação de risco⁽²⁵⁾. Por fim, no caso da HDA não varicosa, as diretrizes da ESGE indicam a classificação com base na origem da hemorragia, utilizando escores como Rockall e EGB, abordando fatores clínicos, endoscópicos e laboratoriais para orientar o tratamento e prevenir complicações⁽²⁶⁾.

As abordagens terapêuticas para cada tipo de HD apresentam distinções significativas. No tratamento da HDB, destaca-se a possibilidade de realização da embolização transcater em até 60 minutos, enquanto pacientes estáveis têm a opção de tratamento ambulatorial,

incluindo colonoscopia e metas específicas de hemoglobina⁽¹⁵⁾. Para HDA varicosa, a ênfase está na hemostasia durante a EDA, com intervenções como injeção de cianoacrilato e ligadura elástica, além do uso de somatostatinas e seus análogos e antibióticos⁽²⁵⁾. Já o tratamento da HDA não varicosa envolve abordagens não endoscópicas, como terapias farmacológicas, e metas pós-transfusão específicas de hemoglobina⁽²⁶⁾. A realização precoce da EDA é preconizada nas primeiras 24 horas, aplicando a classificação de Forrest para orientar intervenções terapêuticas durante o procedimento, sendo o tratamento endoscópico adaptado à natureza da lesão⁽²⁶⁾.

Essas abordagens diferenciadas evidenciam a complexidade tanto no diagnóstico quanto no tratamento dessas condições, sublinhando a necessidade de realizar diversos exames para confirmar o diagnóstico e adotar a terapia apropriada para cada caso de HD. Um estudo⁽²⁷⁾ investigou o impacto da superlotação na tomada de decisões durante a triagem e a admissão, revelando que à medida que o SE se torna mais congestionado, o comportamento dos enfermeiros na triagem e dos médicos é modificado. Sob a pressão de tomar decisões, os enfermeiros de triagem podem atribuir uma gravidade maior a um paciente do que o fariam em circunstâncias normais, enquanto os médicos aumentam a probabilidade de internação⁽²⁷⁾. Esse comportamento é justificado pelo receio de cometer equívocos na conduta, o que poderia resultar em prejuízos aos pacientes⁽²⁷⁾.

A literatura menciona que as requisições de exames laboratoriais, procedimentos de imagem e consultas especializadas são elementos que provocam um aumento substancial no tempo de permanência do paciente no SE, especialmente para aqueles com condições clínicas mais complexas⁽²⁸⁾. Embora pacientes em estado mais crítico sejam atendidos com maior agilidade, observa-se um acréscimo na quantidade de exames quando comparados aos pacientes com menor complexidade, resultando em uma prolongada permanência no SE⁽²⁸⁾.

Ao analisar o tempo de permanência no SE no presente estudo, é evidente que, em geral, os pacientes afetados por HDs ficam na mediana de 47,1 horas no SE. Ao diferenciar os tipos de hemorragias digestivas, constatou-se que os pacientes com HDA varicosa permanecem uma mediana de 60,4 horas, enquanto aqueles com HDB permanecem no SE pela mediana de 59,1 horas. Conforme a literatura⁽²⁹⁾, essa prolongada permanência é influenciada por diversos fatores, incluindo a complexidade dos casos, a disponibilidade de recursos humanos, materiais e físicos, e, sobretudo, o tempo de espera e a superlotação no serviço de emergência. Esses últimos fatores podem apresentar uma possível relação de causa e efeito⁽²⁹⁾.

Alguns países estabeleceram um intervalo de permanência total no SE entre 4 e 8 horas, considerando-o como o período necessário para assegurar um atendimento de qualidade, sem prolongamentos desnecessários⁽²⁹⁾. Nos contextos em que esse tempo predefinido é excedido, pode-se interpretar como uma ineficiência nos processos organizacionais da instituição⁽²⁹⁾. Uma pesquisa associou o tempo de permanência com as taxas de mortalidade, evidenciando que um aumento nesse período pode estar relacionado a uma mortalidade mais elevada em grupos que receberam menor prioridade clínica na CR e foram liberados do SE⁽³⁰⁾. Tal associação pode ser atribuída aos períodos prolongados de exposição do paciente ao ambiente hospitalar, ao aumento do risco de quedas e evasões, além de suscitar riscos na assistência, incluindo eventos adversos devido à falta de atendimento oportuno e erros na administração de medicamentos^(7,30,31).

Além dos elementos que concorrem para a extensão do tempo de permanência no SE e para a superlotação no momento da chegada do paciente, Savioli e colaboradores⁽⁷⁾ abordam, igualmente, alguns aspectos concernentes à saída destes indivíduos. O bloqueio de saída é conceituado como pacientes internados no SE que aguardam a disponibilidade de leito hospitalar adequado para dar continuidade ao tratamento, e essa condição está intrinsecamente vinculada à ocupação integral dos leitos hospitalares⁽⁷⁾. Nesse contexto, um hospital com capacidade plena não consegue admitir novos pacientes sem comprometer a segurança, tornando o bloqueio de saída um parâmetro crucial para quantificar disfunções organizacionais e contribuir para a superlotação do SE⁽⁷⁾.

Diversas estratégias podem ser mencionadas, ultrapassando as discussões no âmbito assistencial, demandando uma abordagem mais burocrática dos processos de trabalho⁽⁷⁾. As microestratégias, que são aplicáveis diretamente no SE por meio da coordenação do fluxo, gestão do acesso e administração de leitos, englobam práticas como rounds multidisciplinares, padronização do cuidado e adoção de diagnósticos e tratamentos fundamentados em protocolos clínicos bem definidos e familiarizados pela equipe assistencial^(7,32). Essas estratégias, comprovadamente, aprimoram os desfechos clínicos e previnem prolongados períodos de permanência no SE e suas consequências^(7,32).

O conceito de *Fast Track* representa uma microestratégia já adotada em alguns SE globalmente^(33,34). Essa abordagem envolve a designação de uma equipe dedicada ao atendimento de pacientes com baixa prioridade, ou seja, aqueles com baixo risco de deterioração clínica. Por meio dessa prática, o tratamento é imediatamente iniciado, juntamente com os encaminhamentos necessários, resultando na redução da espera por atendimento e mitigando o risco de evasão antes da avaliação médica^(33,34). Além disso, outra

estratégia passível de implementação é o LHM, como já citado anteriormente, possui o objetivo de otimizar os processos de trabalho, aprimorar a qualidade do atendimento, eliminar desperdícios desnecessários e abordar os problemas em sua origem⁽³⁴⁾.

As macroestratégias abrangem tanto as instituições de saúde quanto o sistema de saúde como um todo, visando a elaboração de políticas públicas para abordar a questão da superlotação⁽⁷⁾. No âmbito institucional, estratégias incluem a simplificação do processo de internação, a otimização do gerenciamento de fluxo e de leitos hospitalares, a promoção de ambientes de trabalho positivos, a integração entre os diversos setores hospitalares e o serviço de emergência (SE), o encaminhamento para seguimento ambulatorial quando viável, e uma maior integração com a Atenção Primária para acompanhamento pós-alta hospitalar⁽⁷⁾.

O tempo total de internação revelou que o grupo com HDB apresenta uma duração maior de internação em comparação com o grupo de HDA, independentemente do subtipo específico de HDA. Uma pesquisa⁽³⁵⁾ conduzida no Japão identificou os principais determinantes associados ao prolongamento do período de hospitalização em pacientes com HDB. Fatores como idade avançada, presença de múltiplas comorbidades, utilização de AINEs ou agentes antiagregantes plaquetários, manifestação de sintomas como diarreia ou dor abdominal, e a origem do sangramento, particularmente associada a colites e câncer colorretal, são considerados preditores significativos do aumento do tempo de permanência hospitalar⁽³⁵⁾.

Outros elementos citados estão correlacionados com a necessidade de transfusão sanguínea, intervenção cirúrgica ou radiologia intervencionista, e valores alterados em exames laboratoriais, como hemoglobina, albumina e tempo de protrombina⁽³⁵⁾. Além disso, foram observadas modificações nos sinais vitais, tais como frequência cardíaca e pressão arterial sistólica. Em contrapartida, a pesquisa⁽³⁵⁾ evidenciou que a realização de colonoscopia ou EDA precoce (nas primeiras 24 horas) desempenha um papel crucial na redução do tempo de internação, uma vez que esses procedimentos permitem identificar a fonte de sangramento, diminuindo assim a necessidade de prosseguir com investigações diagnósticas adicionais⁽³⁵⁾. Adicionalmente, tais procedimentos possibilitam avaliar a viabilidade da liberação da dieta sólida, o que contribui significativamente para a redução do referido período de internação^(35,36).

A despeito de a HDB apresentar um risco comparativamente menor de mortalidade em relação à HDA, a literatura científica ratifica que o período de permanência hospitalar encontrado para pacientes com HDB é substancialmente prolongado⁽³⁷⁾. Este fenômeno pode ser atribuído aos avanços significativos na prestação de cuidados médicos e à formulação de

diretrizes específicas para pacientes com HDA, alinhados a elementos epidemiológicos característicos dos pacientes com HDB, tais como idade avançada e presença de múltiplas comorbidades. Tais fatores exercem influência direta sobre o diagnóstico e tratamento dessa condição, refletindo na extensão do tempo de internação⁽³⁷⁾.

É importante destacar duas importantes limitações do presente estudo. Primeiramente, por se tratar de um estudo transversal retrospectivo com base em dados secundários, pode estar sujeito a falhas ou inconsistências no registro primário das informações, exigindo cautela na interpretação dos resultados. Além disso, outra limitação refere-se ao número amostral pequeno, que não permite uma generalização ampla dos achados.

CONCLUSÕES

Neste estudo, constatou-se que os pacientes afetados por HDs são predominantemente acometidos por HDA, do sexo masculino, com idade acima de 60 anos e frequentemente acometidos por múltiplas comorbidades, sendo que, no geral, pacientes com HDA permaneceram um tempo menor no SE do que aqueles com HDB, o que está alinhado com os dados encontrados na literatura. Por outro lado, o tempo prolongado de permanência desses pacientes no SE pode estar relacionado a complexidade envolvida na investigação, diagnóstico e tratamento de cada tipo de HD, recomendando-se a realização de estudos maiores, com outros tipos de delineamento e análise para melhor compreensão dos fenômenos estudados.

A implementação de micro e macroestratégias institucionais podem ser uma alternativa para reduzir o tempo de permanência desses pacientes, melhorar a qualidade da assistência prestada, otimizando o uso de recursos e os custos relacionados à assistência em saúde. Os resultados deste estudo oferecem uma base para uma reflexão crítica sobre os modelos atuais de processos de trabalho em SE e formas de qualificar o atendimento a indivíduos afetados por hemorragias digestivas.

REFERÊNCIAS

1. KATE V, SURESHKUMAR S, GURUSHANKARI B, KALAYARASAN R. Acute Upper Non-variceal and Lower Gastrointestinal Bleeding. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2022 Jan 26 [citado em 2022 Dez.09];26(4):p. 932-949. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-022-05258-4>.
2. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. Projeto Diretrizes, 17 de abril de 2008. Hemorragias Digestivas [Internet]. 17 abr. 2008 [citado em 2022 Dez.09]. Disponível em: <https://amb.org.br/files/BibliotecaAntiga/hemorragias-digestivas.pdf>.
3. Antunes ASM, Costa MARC da. A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência: uma revisão de escopo. *Rev Ibero-Am Human Ciênc Educ* [Internet]. 2022 [citado em 2023 Fev.13];8(6). Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5946/2274>.
4. Costa AF, Baetas ACFR, Oliveira AV, Guinhazi NP, de Souza Marinho Pimenta R, Coelho RA *et al.* Diagnóstico e tratamento da hemorragia digestiva baixa: revisão sistemática. *Pará Res Med J* [Internet]. 2020 [citado em 2023 Fev.22];4(e26). Disponível em: <https://app.periodikos.com.br/journal/prmj/article/doi/10.4322/prmj.2019.036>.
5. Orpen-Palmer J, Stanley AJ Update on the management of upper gastrointestinal bleeding. *BMJ Medicine* [Internet]. 2022 [citado em 2023 Fev.22];1:e000202. Disponível em: <https://bmjmedicine.bmj.com/content/1/1/e000202>.
6. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003[citado em 2023 Mar.01];42(2):p. 173-180. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12883504/>.
7. Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Piccini GB, Longhitano Y, Zanza C *et al.* Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med* [Internet]. 2022 [citado em 2023 Mar.01];12(2):279. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/2/279>.
8. Yang Z, Song K, Lin H, Li C, Ding N. Factors Associated with Emergency Department Length of Stay in Critically Ill Patients: a single-center retrospective study. *Med Sci Monit* [Internet]. 2021 [citado em 2023 Mar.11];27:p.1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.12659/msm.931286>.
9. Constantino LR, O'Dwyer G, Santos VLB dos, Seta MH de. Low risk emergencies: integration analysis between primary care and Emergency Care Unit. *Saúde debate* [Internet]. 2021 [citado em 2023 Mar.11];45(131):p. 970–86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VCNL4zSZpWH9W8LdBpbLQjC/?lang=pt#>.
10. Forgerini M, Urbano G, de Nadai TR, Zapatacachafeiro M, Kemp R, Mastroianni PC. Epidemiological profile of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding secondary to peptic disease in a tertiary referral Brazilian hospital. *Arq Gastroentero*

- [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov.11];58(2):p. 202-209. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/9hmgNM6kvQ9MVYbnvtRFtHJ/abstract/?lang=pt#>.
11. Lirio LV, Zago Gomes M da P, Lofêgo Gonçalves L, Sadovsky E. Perfil dos pacientes com hemorragia digestiva em serviço de referência durante a pandemia do Sars-Cov-2 (Covid-19). RBPS [Internet]. 24º de setembro de 2023 [citado em 2023 Nov.11];25(supl_2):p. 38-46. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/42345>.
 12. Santos Filho SRF dos, Moura VA, Tavares MJC, Pereira EBF e. Risk factors and primary prevention of upper gastrointestinal bleeding: an integrative review. RSD [Internet]. 2022 Feb.25 [citado em 2023 Nov.11];11(3):e33511324681. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24681>.
 13. Mota IS, Pereira TB, dos Reis CB e S, dos Santos CR. Epidemiologia dos pacientes com hemorragia digestiva alta atendidos no Hospital Regional de Sobradinho. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2023 Jan. 2 [citado em 2023 Nov. 11];6(1):p. 51-60. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55914>.
 14. Gois AL, Neves BMR, Araujo JVG, Soares VES, Brito MSR, Roly MOT, Trindade LFS, Gouvêa NB de, Albuquerque Úrsula V de. Hemorragia digestiva baixa - principais indicações de tratamento cirúrgico e novas perspectivas sobre manejo terapêutico conservador: Low digestive hemorrhage - main indications for surgical treatment and new perspectives on conservative therapeutic management. Braz. J. Develop. [Internet]. 2022 Oct. 5 [citado em 2023 Nov. 11];8(10):p. 65577-89. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52760>.
 15. European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov. 11];53:p. 850-868. Disponível em: <https://www.esge.com/diagnosis-and-management-of-acute-lower-gastrointestinal-bleeding-esge-guideline>.
 16. Kjelle E, Andersen ER, Krokeide AM, et al. Characterizing and quantifying low-value diagnostic imaging internationally: a scoping review. BMC Med Imaging [internet]. 2022 [citado em 2023 Nov. 12];22(73). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12880-022-00798-2>.
 17. Baird G. The Choosing Wisely initiative and laboratory test stewardship. Diagnosis [Internet]. 2019 [citado em 2023 Nov. 12];6(1):p. 15-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0045>.
 18. Crema M, Verbano C. Lean Management to support Choosing Wisely in healthcare: the first evidence from a systematic literature review. Int J Qual Health Care [Internet]. 2017 [citado em 2023 Nov. 12];29(7):p. 889-895. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29045684/>.
 19. Elkholi A, Althobiti H, Al Nofeye J, Hasan M, Ibrahim A. NO WAIT: new organised well-adapted immediate triage: a lean improvement project. BMJ Open Qual

- [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov. 12];10(1):e001179. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33483302/>.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético ético-estético no fazer em saúde. [Internet]. 2004 [citado em 2023 Nov. 13];p. 1-48. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.
 21. Antunes ASM, Costa MARC da. A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência uma revisão de escopo. REASE [Internet]. 30º de junho de 2022 [citado em 2023 Nov. 13];8(6):p. 549-80. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5946>.
 22. Kienbacher CL, Steinacher A, Fuhrmann V, Herkner H, Laggner AN, Roth D. Factors influencing door-to-triage- and triage-to-patient administration-time. Australas Emerg Care [Internet]. 2022 [citado em 2023 Nov. 13];25(3):p. 219-223. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588994X2200001X?via%3Dihub>.
 23. Hansen B, Bonin D, Van Aarsen K, Dreyer J. Door-To-Triage Time in a Canadian Tertiary-Care Center. J Emerg Med [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov. 14];60(1):p. 121-124. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32917452/>.
 24. Jesus APS de, Batista REA, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP. Evaluation of the Manchester Triage System quality indicator: service time. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov. 14];42:e20200371. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200371>.
 25. Zachary H, Kalpesh P, Heather P, Wael S. AGA Clinical Practice Update on Management of Bleeding Gastric Varices: Expert Review. Clinical Gastroenterology and Hepatology [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov. 14];19:p. 1098–1107. Disponível em: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(21\)00077-X/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(21)00077-X/fulltext).
 26. European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy [Internet]. 2021 [citado em 2023 Nov. 14];53:p. 300–332. Disponível em: <https://www.esge.com/endoscopic-diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage-esge-update-2021>.
 27. Chen W, Linthicum B, Argon NT, et al. The effects of emergency department crowding on triage and hospital admission decisions. Am J Emerg Med [Internet]. 2020 [citado em 2023 Nov. 14];38(4):p. 774-779. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31288959/>.
 28. Ataman MG, Sariyer G, Saglam C, Karagoz A, Unluer EE. Factors Relating to Decision Delay in the Emergency Department: Effects of Diagnostic Tests and Consultations. Open Access Emerg Med [Internet]. 2023 [citado em 2023 Nov. 14];15:p. 119-131. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37143526/>.

29. Andersson J, Nordgren L, Cheng I, Nilsson U, Kurland L. Long emergency department length of stay: A concept analysis. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2020 [citado em 2023 Nov.14];53:e100930. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035877/>.
30. Wessman T, Ärnlov J, Carlsson AC, et al. The association between length of stay in the emergency department and short-term mortality. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2022 [citado em 2023 Nov.14];17(1):p. 233-240. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34110561/>.
31. Souza FS de, Calado R, Reis MEDM dos, Santos T de L da R dos, Andrade SI de, Doria KCF. Contributions of Root Cause Analysis (RCA) in the management of adverse events in Emergencies - a literature review. *RSD* [Internet]. 2023 [citado em 2023 Nov.15];12(3):e20112340653. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40653>.
32. Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2020 [citado em 2023 Nov.15];29(10):p. 1-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32265256/>.
33. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, Cremonesi P, Canale F, Cristina ML. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. *Healthcare* [Internet]. 2022 [citado em 2023 Nov.15];10(9):e1625. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>.
34. Breen LM, Trepp RJ Jr, Gavin N. Lean Process Improvement in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2020 [citado em 2023 Nov.15];38(3):633-646. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.05.001>.
35. Fujita M, Aoki T, Manabe N, Ito Y, Kobayashi K, Yamauchi A *et al.* LONG-HOSP Score: A Novel Predictive Score for Length of Hospital Stay in Acute Lower Gastrointestinal Bleeding - A Multicenter Nationwide Study [published online ahead of print, 2023 Aug 3]. *Digestion*[Internet]. 2023 [citado em 2023 Nov.15];p. 1-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37536306/>.
36. Kishino T, Aoki T, Sadashima E, et al. Early feeding reduces length of hospital stay in patients with acute lower gastrointestinal bleeding: A large multicentre cohort study [published online ahead of print, 2023 Oct 3]. *Colorectal Dis* [Internet]. 2023 [citado em 2023 Nov.15];10.1111/codi.16751. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37787161/>.
37. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2019 [citado em 2023 Nov.15];42-43:e101610. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2019.04.003>.