



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados Casuística de um ano de Atividade

Rita Ribeiro Machado Pedroso de Lima

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Vítor Alexandre Pereira Gonçalves Branco

Covilhã, Maio de 2016

Dedicatória

Aos meus pais e irmãos.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. Vítor Branco pela incessante partilha de conhecimentos e por todo o tempo que dedicou à realização deste trabalho.

Aos meus pais, o pilar da minha educação.

À minha irmã, pelo apoio incondicional ao longo de tantos anos.

Ao meu irmão, que desde cedo me habituou a procurar a perfeição.

À minha família da Covilhã, pela forma como me fizeram sempre sentir em casa.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior que me ensinou muito mais do que Medicina.

Resumo

Introdução

A Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados do Centro Hospitalar Cova da Beira foi criada em Agosto de 2013, com o objetivo de funcionar como unidade de internamento com capacidade de prestação de cuidados correspondentes ao nível II de cuidados intensivos, estando dotada com seis camas, cada uma com monitorização contínua de sinais vitais e com ventilador mecânico. Com este projeto pretende-se descrever a casuística da Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados do Centro Hospitalar Cova da Beira durante os seus primeiros 13 meses de funcionamento.

Materiais e métodos

Estudo retrospectivo e observacional de carácter descritivo que se focou nos doentes tratados na Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados do Centro Hospitalar Cova da Beira durante o seu primeiro ano de funcionamento (desde Setembro de 2013 a Setembro de 2014). Sobre cada episódio de internamento foi recolhida informação acerca da demografia; diagnósticos e comorbilidades dos doentes tratados; circuitos de encaminhamento; motivos de internamento; taxas de utilização de meios avançados de monitorização e suportes hemodinâmico e ventilatório e resultados de mortalidade, demora média e destinos de alta dos doentes tratados na Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados do Centro Hospitalar Cova da Beira no período em estudo.

Resultados

Os doentes internados na Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados do Centro Hospitalar Cova da Beira pertencem a faixas etárias mais altas, sendo que a idade média é de 73 anos. O tempo médio de internamento foi de apenas 2 dias, sendo que a taxa de ocupação da unidade rondou os 88%. Os principais motivos de internamento foram as patologias do aparelho respiratório, seguidas das doenças cardiovasculares. Um número considerável de doentes apresentava como diagnósticos secundários patologias do aparelho cardiovascular, doenças das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e transtornos imunitários e patologias do aparelho respiratório. Dos diversos procedimentos realizados, destaca-se o uso de antibioterapia endovenosa e oxigenoterapia.

Conclusões

A criação desta unidade veio reforçar a necessidade crescente de integrar os diferentes níveis de cuidados dentro da estrutura hospitalar, permitindo colmatar algumas necessidades do Centro Hospitalar da Cova da Beira.

Palavras-chave

Cuidados Intensivos; Gestão de Serviços de Saúde; Alocação de recursos em Saúde; Indicadores do estado de saúde

Abstract

Introduction

The Differentiated Acute Care Unit of Hospital Center of Cova da Beira was created in August 2013 with the aim to function as an internment unit with the capacity of providing medical care corresponding to level II of critical care. It's equipped with six beds, each of one capable of vital signs' continuous monitoring and mechanical ventilation. This project intends to describe the Differentiated Acute Care Unit of Hospital Center of Cova da Beira's casuistry during its first 13 months of operation.

Materials and methods

A retrospective, observational study of descriptive character that focused on patients treated in the UCAD during its first year of operation (from September 2013 to September 2014). On each inpatient episode was collected information about demography; diagnosis and comorbidities of the patients treated; intra-hospital transfers; reasons for internment; rates of utilization of advanced hemodynamic and ventilatory supports and mortality results, average time of internment and outpatients' destination of the patients admitted in the Differentiated Acute Care Unit of Hospital Center of Cova da Beira during the period in study.

Results

The patients treated in the Differentiated Acute Care Unit of Hospital Center of Cova da Beira belong to higher age groups with the average age being 73 years. The inpatient average time was only 2 days and the unit's occupancy rate was around 88%. The main reasons for hospitalization were diseases of the respiratory tract, followed by cardiovascular disease. A substantial number of patients had, as secondary diagnoses, cardiovascular diseases, diseases of the endocrine glands, nutrition, metabolism and immune disorders and diseases of the respiratory system. Of the various procedures performed, stands out the use of intravenous antibiotics and oxygen therapy.

Conclusions

The creation of this unit has reinforced the growing need to integrate the different levels of care within the hospital structure, allowing to fill some gaps of Hospital Center of Cova da Beira.

Keywords

Intensive care; Health Services Management; Allocation of health resources; Indicators of health status

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo.....	vii
Palavras-chave	viii
Abstract.....	ix
Keywords	x
Índice.....	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
1. Introdução.....	1
1.2 A Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados do Centro Hospitalar Cova da Beira como Unidade de Cuidados Intermédios	5
1.3 Objetivos de Investigação	5
2. Metodologias de Investigação	7
2.1 Caracterização do Estudo.....	7
2.2 População em Estudo.....	7
2.3 Instrumento de Investigação	7
2.4 Método Estatístico	7
3. Resultados.....	9
3.1 Caracterização da Amostra.....	9
3.2 Média de dias de Internamento e Taxa de Ocupação	10
Rita Pedroso de Lima Universidade da Beira Interior	xi

3.3 Fluxo de Pacientes	11
3.3.1 Admissão Hospitalar	11
3.3.2 Admissão na UCAD	11
3.3.4 Alta da UCAD	12
3.3.5 Alta Hospitalar	13
3.4 Motivo de Internamento/ Diagnóstico Primário	14
3.5 Diagnósticos Secundários	16
3.6 Procedimentos realizados durante o Internamento na UCAD	17
4. Discussão	19
4.1 Discussão de Resultados	19
4.2 Limitações do Estudo	21
5. Conclusões	23
6. Bibliografia	25
7. Anexos	27
Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Níveis de Cuidados em Medicina Intensiva.....	2
Tabela 2 - Caraterização da Amostra	9
Tabela 3 - Número de dias de internamento e taxa de ocupação da UCAD	10
Tabela 4 - Admissão hospitalar	11
Tabela 5 - Admissão na UCAD	11
Tabela 6 - Alta da UCAD	12
Tabela 7 - Altas a partir da UCAD	12
Tabela 8 - Alta hospitalar	13
Tabela 9 - Alta hospitalar a partir de outros serviços de internamento	13
Tabela 10 - Diagnóstico primário dos pacientes internados na UCAD	15
Tabela 11 - Comorbilidades dos pacientes internados na UCAD.....	16
Tabela 12 - Procedimentos realizados aos pacientes internados na UCAD	17

Lista de Acrónimos

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CHCB - Centro Hospitalar Cova da Beira

CID-9-MC - Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECG - Eletrocardiograma

GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneo

GEPI - Gabinete de Estatística, Planeamento e Informação

MGF - Medicina Geral e Familiar

UCAD - Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Medicina Intensiva trata-se de uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas que se ocupa da prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, sendo no entanto potencialmente reversíveis. (1)

O seu principal objetivo é monitorizar e recuperar as funções vitais ameaçadas em pacientes cujas doenças colocam em risco a sua vida, criando condições para tratar a doença e assim permitir uma maior qualidade de vida. (1) A população abrangida por estas unidades apresenta uma grande diversidade de patologias, no entanto, tem em comum a possível recuperação de uma ou várias funções vitais que se encontram em risco. (2)

O exercício médico dentro das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) assenta em três critérios major, nomeadamente:

- a prática: representada em todas as ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento realizados 24 horas por dia na UCI;
- a avaliação: assenta na análise de diversas variáveis (por exemplo, taxa de mortalidade, taxa de ocupação, taxa de recorrência, entre outras) de forma a definir os recursos necessários à continuidade do trabalho da unidade e a apreciar o seu desempenho;
- a investigação: assenta no controlo contínuo, individual e conjunto, dos pacientes que possibilita uma melhor compreensão das doenças e a aquisição de experiência e conhecimento, fulcrais para aumentar a qualidade do serviço. (1)

As Áreas de Cuidados Intermédios são locais onde é possível vigiar os doentes de forma mais minuciosa do que nas enfermarias de cada especialidade, mas sem os meios e as especificidades exigidas às UCIs. (1) Estas zonas funcionam como uma estação intermédia entre o fluxo de doentes das UCIs para as enfermarias hospitalares e vice-versa. (3) Sendo assim, possuem meios humanos e materiais que permitem a monitorização e tratamento de doentes instáveis com disfunção multiorgânica e em risco de falência de funções vitais, mas que não exigem um controlo tão apertado quanto os internados nas UCIs. (1)

As Unidades de Cuidados Intermédios apresentam-se como locais de suporte ao correto funcionamento das UCIs, na medida em que permitem a alta precoce dos doentes (função de “*step-down*”), de forma a rentabilizar os recursos humanos e materiais utilizados. Assim, garantir-se-á que os pacientes internados na UCI serão aqueles que maiores benefícios terão com a utilização da mesma. (3)

Concomitantemente, funcionam também como unidade de “*step-up*”, admitindo pacientes que necessitam uma monitorização mais minuciosa, não apresentando no entanto critérios suficientes para o internamento na UCI. (3)

Nos últimos anos, os gestores de saúde deparam-se com um grande obstáculo: a contínua restrição financeira obriga à redução dos gastos em recursos humanos e materiais, sem o comprometimento dos cuidados de saúde administrados. Assim, surgiram diversos métodos para diminuir os custos das UCI, dos quais se destaca a criação de Unidades de Cuidados Intermédios. (4)

A avaliação destas unidades é extremamente importante, pois permite verificar a eficácia do trabalho até então realizado, determinando quais as áreas que beneficiarão de futuros investimentos e aquelas onde se observam mais erros e, consequentes, desperdícios. Com esta metodologia, é possível promover a sustentabilidade destas unidades, maximizando os seus ganhos em saúde e diminuindo os gastos em recursos.

De forma a melhorar os cuidados ao paciente, foi criada uma classificação de níveis de cuidados em Medicina Intensiva que tem por base as necessidades e especificidades do suporte e tratamento destes doentes críticos (Tabela 1). (5)

Tabela 1 - Níveis de Cuidados em Medicina Intensiva

Nível 0	Pacientes que requerem hospitalização, mas cujas necessidades podem ser atendidas através dos cuidados de uma enfermaria normal.
Nível I	Pacientes em risco de piorar a sua condição ou aqueles recentemente transferidos de níveis superiores de cuidados, que necessitam intervenções de suporte e monitorização adicionais. As suas necessidades podem ser satisfeitas numa enfermaria normal com apoio e aconselhamento de uma equipa de cuidados intensivos.
Nível II	Pacientes que requerem uma vigilância mais detalhada ou intervenção mais específica, como suporte respiratório básico, suporte em caso de falência de um único órgão, cuidados pré e/ou pós-operatórios ou transferidos de níveis de cuidados superiores.
Nível III	Pacientes que necessitam de suporte respiratório avançado ou pelo menos dois suportes orgânicos.

Tendo em conta a classificação anterior, as UCI dos hospitais portugueses providenciam um nível III de cuidados intensivos, podendo estar articuladas com Unidades de Cuidados Intermédios que fornecem níveis de cuidados intensivos inferiores. (1)

1.2 A Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados do Centro Hospitalar Cova da Beira como Unidade de Cuidados Intermédios

O caso de estudo escolhido para a realização deste trabalho foi a Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados (UCAD) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). Esta funciona como uma Unidade de Cuidados Intermédios desde o dia 1 de Agosto de 2013, estando dotada com 6 camas.

De acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, esta unidade dispõe de um nível II de cuidados, caracterizado pela capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais e pela disponibilidade permanente de um médico com formação específica. No entanto, não é assegurado o acesso ocasional ou permanente a meios de diagnóstico e a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia torácica, ...), devendo por isso estar articulada com unidades de cuidados de nível superior, nomeadamente UCI. (1)

Tendo em conta que esta se trata de uma Unidade de Cuidados Intermédios de nível II, os requisitos mínimos para o seu funcionamento são:

- ter pelo menos um médico de chamada nas 24 horas;
- a presença de pelo menos um enfermeiro por cada 4 a 6 camas nas 24 horas;
- possuir a capacidade para reanimação, monitorização contínua de eletrocardiograma (ECG), oximetria de pulso e pressão arterial invasiva, cateterização venosa central, ventilação não invasiva e utilização de fármacos vasoativos e trombólise. (1)

1.3 Objetivos de Investigação

- Caracterizar os doentes tratados na UCAD quanto ao género e faixa etária a que pertencem;
- Analisar os motivos de internamento - diagnóstico primário - dos doentes tratados na UCAD;
- Determinar o tempo médio de internamento dos doentes tratados na UCAD, bem como a taxa de ocupação da unidade em questão;
- Descrever o circuito interno dos doentes tratados na UCAD, atentando para a admissão hospitalar e na UCAD, para o encaminhamento para outros serviços do CHCB (destacando a UCI), para a alta hospitalar e da UCAD e para a taxa de mortalidade;
- Analisar os doentes tratados na UCAD quanto aos diagnósticos secundários;
- Determinar a taxa de utilização de meios avançados de monitorização e suporte hemodinâmico e ventilatório.

2. Metodologias de Investigação

2.1 Caracterização do Estudo

Elaborou-se um estudo observacional, transversal, retrospectivo de carácter descritivo.

2.2 População em Estudo

A população-alvo escolhida para este estudo consistiu em todos os indivíduos tratados na UCAD do CHCB entre 1 de Setembro de 2013 e 30 de Setembro de 2014.

2.3 Instrumento de Investigação

Foi requerida a aprovação ao Presidente do Conselho de Administração do CHCB que a forneceu no dia 18 de Setembro de 2015 (Anexo 1), permitindo a realização deste estudo na UCAD.

Após aprovada a realização do estudo e entregue a palavra-chave de acesso aos processos clínicos, foram solicitados no Gabinete de Estatística, Planeamento e Informação (GEPI) do CHCB os dados relativos a todos os episódios tratados na UCAD desde 1 de Setembro de 2013 e 30 de Setembro de 2014, nomeadamente os dados demográficos (idade e género), os códigos dos diagnósticos e procedimentos - Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), bem como o circuito interno de cada doente.

Procedeu-se à análise dos mesmos, bem como à consulta de alguns dos processos. A recolha decorreu desde Setembro a Dezembro de 2015. Todos os dados foram recolhidos com confidencialidade, assegurando-se o cumprimento das normas vigentes.

2.4 Método Estatístico

A análise estatística, bem como o tratamento de dados e apresentação de resultados foram realizados através do programa Microsoft Office Excel 2011®.

Na caracterização da amostra as variáveis numéricas são resumidas através da média (M) e desvio-padrão (DP), já as variáveis qualitativas são descritas através da frequências absoluta (N) e relativa (%).

3. Resultados

3.1 Caracterização da Amostra

No período em análise, observaram-se 874 episódios de internamento na UCAD, correspondendo a 845 doentes. A Tabela 2 caracteriza a amostra quanto ao género, podendo confirmar que 439 dos doentes eram do sexo masculino e 406 do sexo feminino, o que corresponde respetivamente a cerca de 52% e 48% da amostra.

A idade média dos doentes tratados na UCAD é de cerca de $73,01 \pm 16,43$ anos.

Analisando o nosso objeto de estudo quanto à faixa etária, 8 (1%) doentes tinham idade igual ou inferior a 20 anos, 18 (2%) encontravam-se entre os 21 e os 30 anos, 21 (2%) entre os 31 e 40 anos, 51 (6%) entre os 41 e os 50 anos, 64 (8%) entre os 51 e os 60 anos, 110 (13%) entre os 61 e os 70 anos, 236 (28%) entre os 71 e os 80 anos e 337 (40%) idade igual ou superior a 81 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da Amostra

		N	%
Sexo	Masculino	439	52%
	Feminino	406	48%
	Total	845	100%
Idade (M \pm DP)		73,01 \pm 16,43	
Faixa Etária	≤ 20 anos	8	1%
	21 - 30 anos	18	2%
	31 - 40 anos	21	2%
	41 - 50 anos	51	6%
	51 - 60 anos	64	8%
	61 - 70 anos	110	13%
	71 - 80 anos	236	28%
	≥ 81 anos	337	40%
	Total	845	100%

3.2 Média de dias de Internamento e Taxa de Ocupação

Analisando os dias de internamento na UCAD de cada episódio, podemos concluir que a média é aproximadamente $2,4 \pm 0,35$. Sabendo que o total de dias de internamento foi de 2084 e que a UCAD possui 6 camas, podemos concluir que a taxa de ocupação durante o período de tempo estudado foi de aproximadamente 88% (Tabela 3).

Tabela 3 - Número de dias de internamento e taxa de ocupação da UCAD

	N	%
Número de dias de internamento ($M \pm DP$)	$2,4 \pm 0,35$	
Taxa de Ocupação		88%

3.3 Fluxo de Pacientes

3.3.1 Admissão Hospitalar

A admissão hospitalar dos doentes foi realizada a partir do Serviço de Urgência em 833 (98,6%) dos casos, da Consulta Externa em 11 (1,3%) e do Serviço de Internamento em 1 (0,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Admissão hospitalar

	N	%
Serviço de Urgência	833	98,6%
Consulta Externa	11	1,3%
Serviço de Internamento	1	0,1%
Total de doentes	845	100%

3.3.2 Admissão na UCAD

Quanto ao fluxo de doentes, no intervalo de tempo estudado, existiram 874 episódios de internamento na UCAD, dos quais 145 (16,6%) foram transferidos a partir de outros serviços do CHCB. Salienta-se ainda que destes 145 episódios, 42 (4,8%) vieram da UCI e 103 (11,8%) de outros serviços do CHCB. O número de pacientes admitidos diretamente para a UCAD foi de 729 (83,4%) (Tabela 5).

No mesmo episódio de internamento, 24 pacientes foram admitidos duas vezes na UCAD, 1 paciente três vezes e 1 outro quatro vezes. Esta circunstância justifica o facto de existir uma discrepância entre o número de doentes internados (845) e o número de episódios de internamento (874).

Tabela 5 - Admissão na UCAD

	N	%
Admissão direta	729	83,4%
Transferência a partir de outro serviço do CHCB	145	16,6%
UCI	42	4,8%
Outros serviços do CHCB	103	11,8%
Total de episódios	874	100%

3.3.4 Alta da UCAD

Dos 874 episódios, 696 (79,6%) foram transferidos para outros serviços do CHCB, dos quais 34 (3,9%) transferidos para a UCI. Finalmente, 134 (15,3%) tiveram alta diretamente a partir da UCAD e 44 (5,0%) faleceram ainda no próprio serviço (Tabela 6).

Tabela 6 - Alta da UCAD

	N	%
Alta direta	134	15,3%
Falecimento	44	5,0%
Transferência para outro serviço do CHCB	696	79,6%
UCI	34	3,9%
Outros serviços do CHCB	662	75,7%
Total de episódios	874	100%

Das 134 altas a partir da UCAD, 3 (2,2%) foram por abandono, 3 (2,2%) por alta administrativa, 4 (3,0%) por saída contra parecer médico, 26 (19,4%) com referência ao médico especialista de Medicina Geral e Familiar (MGF), 47 (35,1%) com referência à consulta externa do CHCB, 2 (1,5%) com referência a serviço domiciliário, 13 (9,7%) para o domicílio e 3 (2,2%) para o exterior não referenciado, 33 (24,6%) para outro hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Tabela 7).

Tabela 7 - Destino das altas a partir da UCAD

	N	%
Abandono	3	2,2%
Alta administrativa	3	2,2%
Saída contra parecer médico	4	3,0%
Referência ao médico de MGF	26	19,4%
Referência à consulta externa do CHCB	47	35,1%
Referência ao serviço domiciliário	2	1,5%
Domicílio	13	9,7%
Exterior não referenciado	3	2,2%
Outro hospital do SNS	33	24,6%
Total	134	100%

3.3.5 Alta Hospitalar

Quanto aos 667 doentes transferidos para outros serviços do CHCB, 579 (68,5%) tiveram alta e 88 (10,4%) faleceram ainda em meio hospitalar, estando 15 (1,8%) deles internados na UCI à data do óbito (Tabela 8).

Tabela 8 - Alta hospitalar

	N	%
Altas diretas a partir da UCAD	134	15,9%
Falecimentos na UCAD	44	5,2%
Transferidos para outro serviço do CHCB	667	78,9%
Alta	579	68,5%
Falecimento	88	10,4%
UCI	15	1,8%
Outros serviços do CHCB	73	8,6%
Total de doentes	845	100%

Após a alta hospitalar, 350 (60,4%) dos pacientes foram encaminhados para a consulta externa do CHCB, 3 (0,5%) para a consulta externa de outro hospital, 184 (31,8%) para o médico especialista de MGF, 10 (1,7%) para outro hospital do SNS, 1 (0,2%) para serviço domiciliário, 9 (1,6%) sem qualquer especificação, 1 (0,2%) para outra instituição com internamento, 6 (1,0%) para os cuidados continuados integrados, 3 (0,5%) para uma unidade de convalescença, 8 (1,4%) para o domicílio e 4 (0,7%) contra o parecer médico (Tabela 9).

Tabela 9 - Destino das alta hospitalares a partir de outros serviços de internamento

	N	%
Saída contra parecer médico	4	0,7%
Referenciação ao médico de MGF	184	31,8%
Referenciação à consulta externa do CHCB	350	60,4%
Referenciação à consulta externa de outro hospital	3	0,5%
Referenciação ao serviço domiciliário	1	0,2%
Domicílio	8	1,4%
Exterior não referenciado	9	1,6%
Outro hospital do SNS	10	1,7%
Outra instituição com internamento	1	0,2%
Cuidados continuados integrados	6	1,0%
Unidade de convalescença	3	0,5%
Total	579	100%

3.4 Motivo de Internamento/ Diagnóstico Primário

Na Tabela 10, apresentam-se os resultados obtidos quando ao motivo de internamento e diagnóstico primário, codificados a partir da Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC).

O diagnóstico primário dos doentes internados na UCAD foi patologias parasitárias e infecciosas em 6 (0,7%) dos casos, neoplasias em 31 (3,7%), patologias das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e transtornos imunitários em 34 (4,0%) sendo que destes 16 (1,8%) eram por diabetes mellitus.

O motivo de internamento deveu-se a patologias do sangue e dos órgãos hematopoiéticos em 17 doentes (2,0%) dos quais 12 (1,4%) apresentavam anemias de diversas etiologias, a transtornos mentais em 19 (2,2%), a patologias do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos em 58 (6,9%) sendo que 41 (4,9%) se deviam a doenças do ouvido e processo mastoide (maioritariamente perdas auditivas e otites de diversas etiologias).

As patologias do aparelho vascular são responsáveis por 192 (22,7%) dos diagnósticos primários, sendo que 42 (5,0%) doentes estavam internados por doença isquémica cardíaca, 49 (5,8%) por insuficiência cardíaca e 40 (4,7%) por doenças cerebrovasculares, maioritariamente Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Por sua vez, as doenças do aparelho respiratório são responsáveis por 209 (24,7%) dos motivos de internamento, dos quais 117 (13,8%) foram causados por pneumonia. 80 (9,5%) dos doentes foram internados por doenças do aparelho digestivo, sendo a mais comum pancreatite aguda, responsável por 13 (1,5%) dos internamentos. Já as doenças do aparelho génito-urinário foram o motivo de internamento de 62 (7,3%) dos pacientes, sendo que 18 (2,1%) se deveram a doença renal crónica e 28 (3,3%) a infeção do trato urinário. O diagnóstico primário em 6 (0,7%) dos doentes foi patologias da pele e do tecido celular subcutâneo, já as patologias do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo causaram 2 (0,2%) do total de internamentos. Por fim, sintomas, sinais e afeções mal definidas motivaram 52 (6,2%) dos internamentos, lesões e envenenamentos 73 (8,6%) e apenas 4 (0,5%) se deveram a factores que exercem influência sobre o estado de saúde e oportunidades de contacto com os serviços de saúde.

Tabela 10 - Diagnóstico primário dos doentes internados na UCAD

	N	%
Doenças parasitárias e infecciosas	6	0,7%
Neoplasias	31	3,7%
Patologia das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e Transtornos Imunitários	34	4,0%
Diabetes mellitus	16	1,9%
Patologias do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	17	2,0%
Anemias	12	1,4%
Transtornos mentais	19	2,2%
Patologias do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	58	6,9%
Doenças do ouvido e processo mastóide	41	4,9%
Patologias do aparelho cardiovascular	192	22,7%
Doença isquémica cardíaca	42	5,0%
Insuficiência cardíaca	49	5,8%
Doenças cerebrovasculares	40	4,7%
Patologias do aparelho respiratório	209	24,7%
Pneumonia	117	13,8%
Patologias do aparelho digestivo	80	9,5%
Pancreatite aguda	13	1,5%
Patologias do aparelho génito-urinário	62	7,3%
Doença renal crónica	18	2,1%
Infecção do trato urinário	28	3,3%
Patologias da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	6	0,7%
Patologias do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	2	0,2%
Sintomas, sinais e afeções mal definidas	52	6,2%
Lesões e envenenamentos	73	8,6%
Classificação Suplementar de Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde	4	0,5%
Total	845	100%

3.5 Diagnósticos Secundários

Analisando os episódios quanto aos diagnósticos secundários codificados a partir da CID-9-MC, 48 (5,7%) doentes apresentavam, além do diagnóstico primário, doenças parasitárias e infecciosas, 97 (11,5%) neoplasias, 521 (61,7%) doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, 272 (32,2%) doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, 178 (21,1%) transtornos mentais, 210 (24,9%) doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, 621 (73,5%) doenças do aparelho cardiovascular, 390 (46,2%) doenças do aparelho respiratório, 242 (28,6%) doenças do aparelho digestivo, 350 (41,4%) doenças do aparelho génito-urinário, 73 (8,6%) doenças da pele e do tecido celular subcutâneo, 118 (14,0%) doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 32 (3,8%) doenças congénitas, 231 (27,3%) sintomas, sinais e afeções mal definidas, 136 (16,1%) lesões e envenenamentos e 472 (55,9%) fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contacto com serviços de saúde (Tabela 11).

Tabela 11 - Diagnósticos secundários dos doentes internados na UCAD

	N	%
Doenças parasitárias e infecciosas	48	5,7%
Neoplasias	97	11,5%
Patologia das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e Transtornos Imunitários	521	61,7%
Diabetes mellitus	227	26,9%
Patologias do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	272	32,2%
Transtornos mentais	178	21,1%
Patologias do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	210	24,9%
Patologias do aparelho cardiovascular	621	73,5%
Doenças cardíacas	617	73,0%
Cerebrovasculares	103	12,2%
Patologias do aparelho respiratório	390	46,2%
Patologias do aparelho digestivo	242	28,6%
Patologias do aparelho génito-urinário	350	41,4%
Doenças renais	276	32,7%
Patologias da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	73	8,6%
Patologias do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	118	14,0%
Doenças congénitas	32	3,8%
Sintomas, sinais e afeções mal definidas	231	27,3%
Lesões e envenenamentos	136	16,1%
Classificação Suplementar de Fatores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde	472	55,9%

3.6 Procedimentos realizados durante o Internamento na UCAD

Atentando para os procedimentos realizados durante o internamento na UCAD, o número de doentes que realizaram procedimentos respiratórios, como a Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), oxigenoterapia e cinesioterapia, administração endovenosa de fármacos como a insulina, esteróides, antibioterapia e vasopressores e manobras de reanimação cardíaca estão descritos na tabela 12.

Assim, a VMNI foi realizada em 82 (9,7%) doentes, a oxigenoterapia a 409 (48,3%) e a cinesioterapia a 125 (14,8%). Analisando a farmacoterapia endovenosa, 169 (20,0%) dos doentes foram tratados com insulina, 225 (26,6%) com esteróides, 480 (56,7%) com antibióticos e 30 (3,5%) com vasopressores. Quanto aos procedimentos de reanimação cardíaca, apenas 4 (0,5%) dos doentes realizaram massagem cardíaca e outros 4 (0,5%) realizaram cardioversão e/ou desfibrilhação.

Tabela 12 - Procedimentos realizados aos doentes internados na UCAD

		N	%
Procedimentos Respiratórios			
	Ventilação Mecânica Não Invasiva	82	9,7%
	Oxigenoterapia	409	48,3%
	Cinesioterapia	125	14,8%
Farmacoterapia endovenosa			
	Insulina	169	20,0%
	Esteróide	225	26,6%
	Antibioterapia	480	56,7%
	Vasopressores	30	3,5%
Reanimação Cardíaca			
	Massagem Cardíaca	4	0,5%
	Cardioversão e/ou Desfibrilhação	4	0,5%

4. Discussão

4.1 Discussão de Resultados

Ao analisarmos os dados relativos aos doentes internados na UCAD de Setembro de 2013 a Setembro de 2014 verificamos que há um ligeiro predomínio do género masculino sobre o feminino (52% versus 48%).

A idade média do nosso objeto de estudo é de $73 \pm 16,43$ anos, sendo que 68% dos doentes se encontram na faixa etária acima dos 70 anos de idade. Pode-se por isso concluir que os pacientes alvo de cuidados da UCAD tratam-se de uma população envelhecida e que, consequentemente, terá maior prevalência de comorbilidades.

Examinando a média de dias de internamento na UCAD, podemos verificar que a maioria dos doentes permanece, aproximadamente, 2 dias internado. A taxa de ocupação ronda os 88% o que permite deduzir que a criação desta unidade veio colmatar algumas necessidades do CHCB, nomeadamente na assistência a pacientes que não tendo critérios para estar numa UCI, requerem cuidados superiores aos administrados nas enfermarias.

Quanto à admissão hospitalar, podemos verificar que a grande maioria dos doentes é internado a partir do Serviço de Urgência, correspondendo estas a 98,6% das admissões. Uma minoria é admitida no hospital a partir da consulta externa e do internamento. De realçar também o facto de que 83,4% dos doentes foram internados inicialmente na UCAD.

Analisando a admissão na UCAD e tendo em conta que 145 episódios provinham de outro serviço do CHCB, podemos verificar que 29% destes provinham da UCI, correspondendo por isso a melhorias do estado de saúde dos pacientes que possibilitaram o “*step-down*” na necessidade de cuidados. Por outro lado, 71% das transferências internas tinham como origem unidades de internamento do CHCB com níveis de cuidados inferiores, indicando que ocorreu um agravamento do estado de saúde que exigiu um “*step-up*” na necessidade de cuidados. Concluimos assim que o principal motivo de transferência interna para a UCAD relaciona-se com o agravamento da condição clínica dos doentes.

Examinando a alta da UCAD, 5% das transferências internas tiveram como destino a UCI, devendo-se por isso a um agravamento do estado clínico dos pacientes. Contrariamente, 95% das transferências internas foram para serviços de internamento do CHCB com níveis de cuidados inferiores ao da UCAD, revelando que a grande maioria das altas da UCAD deveram-se a uma melhoria da condição clínica dos doentes.

Durante o ano estudado, 44 dos pacientes internados na UCAD faleceram na unidade, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de cerca de 5,2%. Esta é semelhante à taxa de mortalidade de 5,7% apresentada num estudo acerca da Unidade de Cuidados Intermédios Médicos do Hospital dos Marmeleiros no Funchal. No entanto não poderá ser realizada uma confrontação direta, pois não foi ajustada à gravidade das patologias e mortalidade esperadas. (6)

As altas diretas a partir da UCAD foram 134, das quais cerca de 35,1% foram referenciadas à consulta externa, aproximadamente 24,6% transferidos para outros hospitais do SNS e cerca de 19,4% foram com referência ao seu médico de família. Tendo em conta estes dados, podemos aferir que a maioria dos doentes com alta da UCAD são encaminhados para outros serviços de saúde.

Observando os dados relativos às altas hospitalares, dos 667 doentes transferidos para outros serviços do CHCB, 88 faleceram em ambiente hospitalar, estando 15 deles internados na UCI aquando do falecimento. Assim, dos pacientes que passaram pela UCAD cerca de 10,4% faleceram durante o episódio noutra unidade de internamento do CHCB, estando apenas uma minoria internada na UCI.

Dos 579 pacientes com alta hospitalar a partir de outro serviço que não a UCAD, aproximadamente 60,4% foram referenciados à consulta externa do CHCB e 31,8% ao seu médico de família, sendo apenas 1,7% referenciados a outro hospital do SNS.

Torna-se importante realçar que a referenciação dos doentes a partir da UCAD para a consulta externa do CHCB e para o médico de família é consideravelmente inferior à das outras unidades (35,0% vs. 60,4%; 19,4% vs. 31,8%, respetivamente), bem como o facto de que a referenciação para outros hospitais do SNS é bastante mais comum (24,6% vs. 1,7%).

Quanto ao diagnóstico primário, podemos aferir que a principal causa de internamento na UCAD é a patologia do aparelho respiratório, responsável por quase um quarto dos internamentos, da qual se destaca o diagnóstico de pneumonia realizado em cerca de 13,8% dos doentes. A segunda principal causa de internamento é a patologia do aparelho cardiovascular, presente em 22,7% dos doentes, das quais se destacam a insuficiência cardíaca (5,8%), a doença isquémica cardíaca (5,0%) e as doenças cerebrovasculares (4,7%). O terceiro motivo de internamento é a patologia do aparelho digestivo com 9,5% dos diagnósticos primários, seguida de perto pelas doenças dos aparelhos génito-urinários com 7,3% dos mesmos.

Estudando os diagnósticos secundários dos pacientes internados na UCAD, podemos verificar que a presença de comorbilidades é relativamente comum, algo compatível com a faixa etária destes doentes. Destacam-se as doenças do aparelho cardiovascular que se encontram

em cerca de 73,5% dos pacientes, sendo que 73,0% apresentam doenças cardíacas e 12,2% patologias cerebrovasculares; as patologias das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e dos transtornos imunitários que afetam 61,7% dos doentes; as comorbilidades do aparelho respiratório presentes em 46,2% dos doentes e as patologias do aparelho génito-urinário encontradas em 41,4%, sendo que 32,7% são doentes renais.

Abordando os procedimentos respiratórios realizados, quase metade dos doentes (48,3%) necessitaram de oxigenoterapia, 14,8% de cinesioterapia e 9,7% de VMNI. Mais de metade dos doentes internados (56,7%) necessitou de administração endovenosa de antibioterapia, 26,6% de esteróides, 20,0% de insulina e apenas uma minoria de vasopressores. Uma minoria de doentes necessitou de reanimação cardíaca, através de massagem cardíaca, cardioversão ou desfibrilhação.

4.2 Limitações do Estudo

A principal limitação deste estudo é o facto de ser retrospectivo e, por isso, dependente da consulta de registos clínicos realizados por diversos profissionais de saúde. Assim, e tendo em conta que a amostra é constituída por 874 episódios de internamento, torna-se extremamente difícil controlar a informação não registada ou mesmo mal registada. Concomitantemente, os dados foram obtidos no GEPI do CHCB, sendo da responsabilidade de terceiros a seleção dos processos, conforme os critérios de inclusão do estudo.

5. Conclusões

As Unidades de Cuidados Intermédios foram criadas como áreas de tratamento destinadas a doentes que, embora já não tenham critérios para ocupar uma vaga na UCI, ainda não apresentam condições de saúde que os permitam ser transferidos para uma enfermaria. Estas unidades permitiriam a alta precoce dos doentes da UCI, sem comprometer os cuidados atribuídos aos mesmos, garantindo sempre que os doentes internados na UCI seriam sempre aqueles que maiores benefícios obteriam de um nível de cuidados tipo III. Assim, reduzir-se-iam os dias de internamento na UCI e as taxas de readmissão neste serviço, causadas pela alta precoce dos doentes. Concomitantemente, existem já estudos que comprovam que doentes internados nas UCI de hospitais com unidade de cuidados intermédios apresentam taxas de mortalidade ajustadas inferiores àqueles internados em hospitais sem estas unidades, bem como a existência de uma redução dos custos associados ao internamento, sem o comprometimento da sobrevida dos doentes. (7, 8)

A UCAD do CHCB de Setembro de 2013 a Setembro de 2014 registou um total de 874 episódios de internamento correspondendo a 845 doentes. A idade média dos pacientes é de $73 \pm 16,43$ anos, sendo que 68% pertencem à faixa etária acima dos 70 anos. A média de internamento foi de 2 dias, sendo que a taxa de ocupação rondou os 88%, o que nos permite deduzir que a criação desta unidade veio colmatar algumas necessidades do CHCB.

O internamento na unidade deu-se maioritariamente a partir do SU e as poucas transferências internas para a UCAD deveram-se a um agravamento do estado de saúde dos doentes. Já a maior parte das transferências a partir da UCAD foram para unidades prestadoras de menores níveis de cuidados, pressupondo assim que nestes doentes houve uma melhoria do estado de saúde.

O principal motivo de internamento foi patologia do aparelho respiratório, sendo a mais comum pneumonia, seguida de patologia do aparelho cardiovascular. Estas são patologias que afetam principalmente indivíduos que pertencem a faixas etárias mais altas, o que está de acordo com a idade média dos doentes internados na UCAD.

Os diagnósticos secundários são bastante comuns nos doentes internados na UCAD, sendo que menos de três quartos apresentava, concomitantemente, patologias do aparelho cardiovasculares, menos de dois terços doenças das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e transtornos imunitários e quase metade doenças do aparelho respiratório. Importa também referir que mais de metade dos doentes apresentavam fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e oportunidades de contacto com serviços de saúde. Esta

carga importante de comorbilidades poderá ser explicada pela faixa etária a que pertencem os doentes internados na UCAD.

Dos diversos procedimentos realizados na UCAD destaca-se a utilização de antibioterapia endovenosa em mais de metade dos doentes, bem como a oxigenoterapia em cerca de 48%. A frequente realização destes procedimentos poderá ser explicada pelo facto das patologias do aparelho respiratório, destacando-se a pneumonia, ocuparem um lugar importante, tanto nos motivos de internamento como nos diagnósticos secundários.

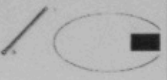
Por fim, enquanto estudo retrospectivo, é relevante reforçar que esta investigação se baseia na consulta de processos e registos clínicos realizados por outros profissionais de saúde, tornando-se difícil controlar os erros e omissões que poderão ter ocorrido na elaboração dos mesmos.

6. Bibliografia

1. Natário A, Almeida L, Pires C, Meirinho M, Proença MJ, Trigo C, et al. Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003.
2. Valentin A, Ferdinande P. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med.* 2011 Sept; 37(10):1575-1587.
3. Prin M, Wunsch H. The Role of Stepdown Beds in Hospital Care. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014 Dec; 190(11):1210-1216.
4. Vincent JL, Rubenfeld GD. Does intermediate care improve patient outcomes or reduce costs? *Crit Care.* 2015 Mar;19(1):89.
5. Eddleston J, Goldhill D, Morris J. Levels of Critical Care for Adult Patients, Intensive Care Society Standards. London, Intensive Care Society; 2009 [cited 2015 Sept]; 1-12. Available from: www.ics.ac.uk/ics-homepage/guidelines-and-standards/.
6. Nóbrega S, Santos D, Silva AS, Henriques T, Brazão ML. Experiência de Unidade de Cuidados Intermédios Médicos - 2005-2014. *Med Interna.* 2015 Dec; 22(4):203-208.
7. Capuzzo M, Volta C, Tassinati T, Moreno R, Valentin A, Guidet B et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. *Crit Care.* 2014 Oct;18(5):551.
8. Porath A, Reuveni H, Grinberg G, Lieberman D. The intermediate care unit as a cost-effective option for the treatment of medical patients in critical condition. *Isr J Med Sci.* 1995 Nov; 31(11): 674-80.

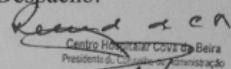
7. Anexos

Anexo 1 - Autorização do Centro Hospitalar Cova da Beira

 Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Recebido em 21/09/2015

Despacho:


Centro Hospitalar Cova da Beira
Presidente do Conselho de Administração
22/9/2015
Prof. Doutor António Calisto Branco

Parecer:

ASSUNTO: Projecto de Investigação nº 63/2015 - "Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados: casuística de um ano de actividade".

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

DE: Gabinete de Investigação e Inovação

N.º 73/GII

Data 18/09/2015

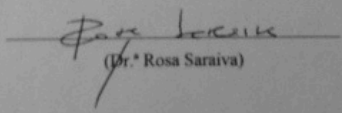
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Rita Ribeiro Machado Pedroso de Lima, aluna de Mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados: casuística de um ano de actividade", a realizar na Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados, deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 48/2015, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/MA

Pág. 1 / 1