



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Inadequação das admissões em urgência

António Miguel Ribeiro Paiva

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

Orientador: Prof. Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Março de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho:

Aos meus Pais,

Ao meu Irmão Luís,

À minha namorada Ana.

Agradecimentos

A realização deste trabalho não seria possível sem a presença e ajuda de algumas pessoas: aos meus Pais, a quem tenho que agradecer essencialmente por tudo. Obrigado pelo exemplo de força, de coragem e de persistência. Obrigado por estarem sempre ao meu lado. Obrigado pela dedicação e esforços em prol deste sonho.

Ao meu Irmão, que sempre foi para mim um exemplo, pela determinação e vontade de superação. Obrigado por seres o meu companheiro de vida, pela constante presença e ajuda nos bons e maus momentos.

À Ana, por estes 8 anos que têm sido maravilhosos. Por me ajudar nas alturas mais complicadas e apesar da distância continuar sempre do meu lado. Temos ainda uma vida pela frente, juntos.

À Prof. Doutora Anabela Almeida, por todo o seu apoio, orientação e total disponibilidade, na elaboração desta dissertação.

À minha família, pela confiança, por sempre terem acreditado em mim e ainda, por fazerem de mim a pessoa que sou hoje.

A todos os amigos que me acompanharam ao longo de mais uma caminhada e, em particular, a todos os que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

À Universidade da Beira Interior e à Faculdade de Ciências da Saúde, pelos bons ensinamentos e por ter sido o local onde adquiri todas as competências clínicas necessárias à minha formação médica.

Resumo

O aumento da procura por cuidados de saúde ao longo dos últimos anos, associado ao aumento de despesas na prestação desses mesmos cuidados, decorrente da incorporação de novas tecnologias e da variabilidade das práticas médicas, veio dar origem a um progressivo e preocupante aumento dos custos na área da saúde. Dessa forma, não é de estranhar que um dos principais objetivos da maioria dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos seja a redução dos custos e, dentro destes, os custos hospitalares, sem afetar a qualidade e a acessibilidade aos serviços. Os profissionais de saúde e os administradores na área da saúde viram-se obrigados a desenvolver análises para determinar de que modo cada procedimento hospitalar contribui para esses gastos. Verificou-se que as admissões inadequadas, principalmente através da urgência, são um fator a ter em conta, uma vez que comportam um aumento direto do consumo de recursos.

Esta dissertação pretende estudar, através de revisão bibliográfica, os instrumentos existentes para avaliar a inadequação das admissões hospitalares, análise qualitativa e quantitativa do grau de inadequação e as possíveis alternativas existentes. Também irá ser comparada a realidade nacional e internacional, tanto no seu estudo como implementação.

No decorrer da elaboração da dissertação foi notório que o *Appropriateness Evaluation Protocol* é a ferramenta mais utilizada e adequada para a avaliação das admissões, pela sua validade e fiabilidade, encontrada na literatura. A proporção de admissões inadequadas desde o serviço de urgência variou entre 5 e 33%, e as causas identificadas como mais frequentemente responsáveis por admissões inapropriadas foram a admissão de doentes para realização de estudos complementares de diagnóstico e administração terapêuticas. Entre as intervenções que reduzem as admissões e os custos hospitalares, há a salientar as intervenções nos Cuidados de Saúde Primários, nos cuidados domiciliários e a reestruturação dos serviços hospitalares, incluindo nas dinâmicas do serviço de urgência. Em Portugal praticamente não existem trabalhos publicados nesta área, os estudos realizados aplicaram uma versão adaptada do Protocolo de Revisão de Utilização e evidenciaram uma proporção de admissões inadequadas que variou entre 19% e 24,6%, valores que se encontram em consonância com os resultados encontrados a nível Mundial.

Palavras-chave

Admissão Inadequada; Appropriateness Evaluation Protocol; Gestão em saúde; Protocolo de Revisão de Utilização; Serviço de Urgência

Abstract

The increase in search of healthcare services over the last years, associated with the expenses' rise of this same services delivery, due to the new technologies incorporation and the medical practice diversity, originated a progressive and worrying increase of the average cost in the healthcare area. Thus, it is not surprising that one of the main goals of most medical systems from developed countries is to reduce cost, including the hospital costs, without affecting the quality of and accessibility to the services. The healthcare professionals and administrators were forced to develop studies to determine which way each medical procedure contributed to the total expenses. It was proven that inadequate hospital admissions, mainly from the emergency department, are a strong factor to consider because they cause an increase in resource consummation.

This thesis intends to study, through literature revision, the existent instruments to evaluate the inadequate hospital admissions, qualitative and quantitative analysis of the degree of inadequacy and existing alternative options. Furthermore, it aims to compare the national and international reality, their analyses as well as implementation.

Throughout the thesis revision and elaboration, it was clear that the Appropriateness Evaluation Protocol is the most common and adequate tool to evaluate admissions due to its validity and reliability. The proportion of inadequate admissions at emergency departments varied between 5 to 33%. The most frequently identified causes responsible for inappropriate admissions were the admission of patients in order to perform complementary diagnostic studies and therapeutic administrations. Of the interventions that reduce admissions and hospital costs, primary health care interventions, in the domicile care and hospital service restructuration, and the emergency service dynamics were the most notable. In Portugal, published papers in this area are very rare and the studies apply a new adapted version to the protocol of revision and application. The studies showed an inadequate admissions proportion which varies between 19% and 24,6%. These values are consistent with the worldwide results.

Keywords

Inadequate Admissions; Appropriateness Evaluation Protocol; Health management; Protocol of Revision and Application; Emergency Departments

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Índice	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xv
1. Introdução	1
1.1 Objetivos	2
2. Material e Métodos.....	3
3. Enquadramento Teórico.....	4
3.1 Ferramentas desenvolvidas para avaliar as admissões	5
3.1.1 Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)	5
3.1.1.1 Protocolo de Revisão da Utilização (PRU)	7
3.1.2 Intensity-severity-discharge (ISD)	7
3.1.3 Standardized Medreview Instrument	8
3.1.4 Outras Ferramentas	8
4. Inadequação das admissões em Urgência	9
4.1 Caraterísticas e resultados dos estudos.....	10
4.2 Caraterísticas e resultados dos estudos em Portugal.....	14
5. Fatores associados às Admissões Inapropriadas.....	15
6. Nível de Cuidados de que o doente mais necessitava no dia da admissão	19
7. Intervenções para reduzir as admissões inadequadas em urgência	21
7.1 Cuidados Domiciliários	21
7.2 Intervenção nos Cuidados Primários.....	21
7.3 Intervenções de reestruturação Hospitalar	22
7.4 Intervenções nos Serviços de Urgência	24

7.5 Profissionais de saúde	25
7.6 Intervenção na população.....	26
8. Conclusão.....	29
9. Bibliografia	33
Anexo I - Comparação entre o AEP versão original e o Protocolo de Revisão da Utilização....	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 características e resultados dos estudos sobre a adequação das admissões no serviço de medicina interna desde o serviço de Urgência	10
Tabela 2 características e resultados dos estudos sobre a adequação das admissões em serviços médicos e cirúrgicos desde o serviço de Urgência	11
Tabela 3 características e resultados dos estudos sobre a adequação das admissões em serviços médicos específicos desde o serviço de Urgência.....	13
Tabela 4 características e resultados dos estudos realizados em Portugal	14
Tabela 5 fatores associados às admissões inadequadas.....	16

Lista de Acrónimos

AEP	Appropriateness Evaluation Protocol
BPM	Batimentos por Minuto
ISD	Intensity-severity-discharge
MGF	Medicina Geral e Familiar
PRU	Protocolo de Revisão de Utilização

1. Introdução

O crescimento com os gastos em saúde constitui atualmente um dos motivos de maior preocupação para os governos de todos os países. A atual realidade económica mundial e a nacional em particular, onde o dinheiro tem cada vez maior importância pela sua limitação, torna o controlo das despesas com a saúde um elemento-chave nas políticas financeiras.

O progressivo crescimento dos consumos em saúde deve-se principalmente ao aumento da procura, por parte da população. Os fatores que classicamente contribuem para este aumento do consumo são, o envelhecimento da população, o aparecimento de novas tecnologias médicas, a variedade de práticas médicas, o direito universal à saúde e o aumento das expectativas da população (1). A contenção de custos é um importante tópico de pesquisa e de aplicação de políticas.

Políticas de contenção devem ser planeadas a longo prazo, estimulando atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, tentando incentivar a um uso mais eficiente dos recursos hospitalares, sem afetar a qualidade dos serviços (2).

A avaliação, executada num serviço de urgência, da adequação no momento da admissão ao internamento corresponde a um exemplo de avaliação da qualidade dos cuidados. As admissões inadequadas, para além do aumento desnecessário dos custos, levam a uma alta taxa de ocupação de camas e têm sido associadas a má qualidade dos cuidados devido à sobrecarga hospitalar (3). Por conseguinte, a aplicação de intervenções nos cuidados de saúde para eliminar a hospitalização desnecessária, reduz despesas com cuidados de saúde, melhora a qualidade do atendimento aos doentes e aumenta a acessibilidade para cuidar dos que estão em listas de espera (1).

Definir e identificar as admissões inadequadas em contexto de urgência é um processo bastante complicado. Apesar de existirem inúmeros critérios para explicar a adequação, não existe um padrão “*gold standard*” que determine a sensibilidade e a especificidade destes instrumentos.

Os instrumentos de avaliação tentam corrigir as limitações das avaliações subjetivas dos clínicos, utilizando critérios explícitos e padronizadas que tentam definir as necessidades de um doente para tratamento em meio hospitalar. Entre os instrumentos de avaliação concebidos, o mais bem conhecido e amplamente utilizado é o *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP), desenvolvido no final dos anos setenta por Gertman e Restuccia e revisto nos anos oitenta, tem sido validado em inúmeros estudos (1) e provou ser uma ferramenta útil para a identificação e determinação das causas de admissões inadequadas de doentes em hospitais de cuidados agudos (4). Outros métodos, como o *Intensity-severity-discharge*

desenvolvido nos Estados Unidos por InterQual, em 1978, provaram ser úteis, embora sejam menos usados (5).

Segundo a definição sugerida pelo AEP, o uso hospitalar inadequado é definido como uma admissão hospitalar para prestar cuidados de saúde que poderiam ter sido dados em um ambiente hospitalar com cuidados menos complexos e com um custo menor, como por exemplo; cuidados de saúde primários, cuidados em regime de ambulatório, hospital de cuidados continuados ou hospital de dia, sem que isso envolva um aumento dos riscos. O AEP tem tido várias aplicações no estudo de admissões inapropriadas nos serviços de emergência, médicos ou cirúrgicos (4).

1.1 Objetivos

O principal objetivo desta dissertação é proceder a uma revisão das evidências científicas no que toca às inadequações das admissões em urgência, determinadas em estudos nacionais e internacionais.

A partir deste objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as principais causas das admissões Inadequadas.
- Determinar qual o nível de cuidados de que o doente mais necessitava no dia da admissão.
- Apresentar as intervenções passíveis de reduzir a taxa de admissões inadequadas.

2. Material e Métodos

Para a elaboração desta dissertação foi efetuada a pesquisa de artigos, dissertações de mestrado, teses de doutoramento e estudos de caso referentes ao tema, publicados nas bases de dados “PubMed” (disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), B-on (<http://www.b-on.pt/>) e Medscape (<http://www.medscape.com/>) e realizada a consulta de livros e documentos de referência.

A seleção dos artigos realizou-se desde Maio de 2016 até Novembro de 2016, utilizando maioritariamente as palavras-chave “Inappropriate Admission”, “Appropriateness Evaluation Protocol”, “Hospital cost”, “Utilization Review”, “Inappropriate hospital use” e “Emergency department”. Foram analisados artigos escritos em Português, Inglês e Espanhol. Durante a pesquisa, não foi realizada nenhuma limitação relativamente à data de publicação dos artigos, sendo que a seleção foi baseada tendo em conta as mais recentes publicações.

É de salientar que foram feitos todos os esforços no sentido de obter apenas os estudos mais recentes, mas alguns não estavam acessíveis e percebida a relevância, também se pesquisaram diretamente referências dos artigos originalmente escolhidos, para os quais não se fez filtragem relativamente ao ano.

Foi também realizada a comparação e confrontação de dados para a não duplicação dos resultados.

3. Enquadramento Teórico

A situação do Serviço de Urgência Hospitalar é, desde alguns anos, alvo de preocupação por parte dos órgãos responsáveis pela saúde e da sociedade em geral, já que em todos os países desenvolvidos tem havido um fenómeno de crescimento da sua utilização. Grande parte deste aumento é atribuído a um incremento desproporcionado de doentes que utilizam o serviço de urgência hospitalar de forma inadequada, seja por problemas triviais ou de organização de outras áreas do sistema de saúde, problemas sociais, ou simplesmente, porque têm mais confiança na eficácia deste serviço do que nos cuidados de saúde primários (6).

A admissão hospitalar de um doente é uma decisão importante. Do ponto de vista médico, a hospitalização é o meio de fornecer os cuidados necessários. Por outro lado, o tratamento ou investigações desnecessárias durante uma permanência hospitalar inadequada pode ser prejudicial (7). De um ponto de vista económico, admissões desnecessárias adicionam custos sem benefícios para a saúde (8), e aumentam os riscos desnecessários, como por exemplo, infeções nosocomiais.

A literatura mostra que não há uma definição padrão aceite do que significa ser uma admissão inadequada, com os estudos tendendo a adotar uma de duas abordagens. A primeira é baseada na opinião dos profissionais, definindo-se as admissões como apropriadas/inadequadas com base na opinião do autor ou com referência a algum tipo de painel de especialistas (1,2). Isto dificulta a comparação dos resultados e alguns estudos não são claros sobre se estão a medir o número de pessoas que, numa situação ideal, poderiam ser atendidas em ambientes alternativos ou inadequadamente colocados dentro do contexto dos serviços locais existentes. Além disso, os critérios e processos utilizados para julgar uma admissão como inadequada são muitas vezes pouco claros, dificultando a leitura e a comparação dos resultados (5). A segunda abordagem utiliza instrumentos de revisão clínica. Inicialmente desenvolvidos nos Estados Unidos para decidir quais as admissões hospitalares eram apropriadas para as seguradoras financiarem, trata-se de listas padronizadas de critérios que avaliam a admissão, geralmente relacionados com a gravidade da condição do doente e o tipo e intensidade do serviço prestado (1,2,5). Os dois instrumentos utilizados nos estudos que selecionámos foram o *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) e o Sistema de Revisão *Intensity-severity-discharge* (ISD), ambos produzem resultados facilmente quantificáveis, ajudando os profissionais de saúde a estruturar suas decisões (5,9).

3.1 Ferramentas desenvolvidas para avaliar as admissões

A deliberação médica continua a ser o *gold standart* geralmente considerado. No entanto, em alguns estudos ficou provado que a decisão da adequação depende de quem está a fazer a avaliação. Por exemplo, pedir ao médico responsável pelo doente, que faça a avaliação da adequação da admissão, pode levar a resultados enviesados (5). Além disso, existe uma variabilidade nos resultados dependendo dos anos de serviço e da especialidade do médico (10).

Em reconhecimento dos problemas associados com a avaliação subjetiva, foram criadas ferramentas de avaliação com uma série de critérios base para fazer com que o processo de classificação dos doentes seja mais objetivo. A avaliação subjetiva continua a fazer parte do processo e a maioria dos métodos incluem a possibilidade de modificação da decisão se o parecer do avaliador for diferente.

A maioria das ferramentas são diagnóstico-independentes, de modo a mantê-las o mais simples possível, e para permitir que elas sejam utilizadas numa série de diferentes tipos de doentes. Outra consideração metodológica é a forma como a ferramenta é aplicada na prática. Por exemplo, a medição pode ser feita quer em paralelo com a permanência do doente, ou retrospectivamente, apresentando cada uma vantagens e desvantagens. A revisão simultânea pode alterar os padrões de prática dos clínicos envolvidos, e a revisão retrospectiva pode perder informações importantes, devido à falta de registos médicos de boa qualidade (5).

Apesar da maioria dos estudos usarem o AEP, ou versões adaptadas, como instrumento de avaliação, existem outras ferramentas desenhadas para o estudo das admissões. Será feita uma breve descrição das que historicamente tiveram mais relevância.

3.1.1 Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)

O AEP foi criado e validado nos Estados Unidos por Gertman e Restuccia em 1975, sendo uma ferramenta projetada especificamente para doentes adultos com patologia aguda, excluindo as doenças do foro obstétrico e psiquiátrico (1,2,5,6). É um protocolo com um conjunto de critérios explícitos, objetivos e independentes do diagnóstico, que permite julgar a adequação das admissões e dos dias de internamento mediante a revisão das histórias clínicas e notas de enfermagem, habitualmente feito retrospectivamente (3,5). É uma ferramenta desenhada para poder ser usada por revisores não médicos com recurso à opinião dos clínicos em casos ambíguos (2).

É constituído por duas partes, uma que avalia a adequação e nível de cuidados à admissão e outra que a avalia a adequação dos dias de internamento. Em relação às admissões, a

ferramenta é constituída por 16 critérios que englobam a severidade dos sinais e sintomas do doente (ex: tensão arterial superior a 200mmHg) e a intensidade dos serviços prestados (ex: medicação intravenosa), bastando o doente cumprir um dos critérios para se considerar a admissão como apropriada. A decisão pode ser alterada (geralmente após deliberação médica) quando os critérios não captam com precisão a situação de um doente em particular (2,5).

Esta ferramenta também tem a capacidade de definir as potenciais razões para as admissões inapropriadas, que podem ser classificadas a nível dos cuidados (o doente pode ser atendido num hospital com capacidades menos diferenciadas ou distintas) ou a nível do tempo de admissão (o doente foi admitido com demasiada antecedência para realizar determinado procedimento ou tratamento) (5).

O AEP tem sido extensamente testado, validado e usado em uma variedade de investigações e serviços, estimando-se que tenha uma sensibilidade de 67 a 85%, uma especificidade de 73 a 94%, um valor preditivo positivo de 57 a 89% e um valor preditivo negativo de 81 a 93%, enquanto que a concordância inter e intraobservador é, respetivamente, de 75 a 85% e de 86 a 94% (11).

Desde 1981, que se mantem relativamente inalterado, embora tenham sido criadas versões para grupos específicos de doentes e versões adaptadas há a realidade de cada país individualmente (12).

De destacar, o AEP Pediátrico (criado em 1988), é muito semelhante ao AEP original, diferindo em alguns critérios, por exemplo, patologias mais frequentes nos adultos (enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral) são substituídos por critérios específicos para crianças (Ex: abuso infantil, cuidados respiratórios por nebulização, entre outros) (5).

Por último, as limitações do AEP, embora vários estudos tenham provado a sua validade e alta fiabilidade inter e intraobservador, a ferramenta não tem em conta o uso inadequado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, considerando à partida o julgamento clínico como apropriado (3,5,12). Considera que os recursos alternativos à admissão estão sempre disponíveis e não tem em consideração as expectativas dos doentes e familiares (3). Além disso, pressupõe também a existência de processos clínicos bem documentados, sob o risco de distorcer a taxa de inadequação, e não tem em conta o carácter social dos hospitais ou as condições socioeconómicas e geográficas dos doentes internados (5,12).

3.1.1.1 Protocolo de Revisão da Utilização (PRU)

O AEP é a ferramenta de revisão de utilização mais usada em Portugal, o projeto de implementação deste instrumento começou a ser planeado em 1984 pela Direção-Geral de Saúde (13).

Portugal tem poucos recursos para trabalhos de investigação e foi decidido que a melhor abordagem seria a de se adaptar um instrumento de avaliação existente, o que para além de ser mais económico, permitiria comparações com estudos de outros países. O AEP foi o instrumento escolhido com base em dois atributos principais. O primeiro é ser relativamente simples de aplicar, dada a falta de experiência em Portugal, o segundo foi, não ser necessário um registo completo e preciso dos dados de diagnóstico, porque os sistemas de dados clínicos em Portugal naquela época não eram avançados, nem precisos (13).

O plano de implementação foi concretizado através de um estudo (13) realizado em quatro hospitais pilotos, com um painel clínico composto por seis médicos (dois internistas, dois cirurgiões gerais e dois pediatras). Depois de receberem treino na aplicação do AEP (versão original), foram solicitados a avaliar a adequação da lista de critérios e a fazerem sugestões para revisão da ferramenta de forma a melhor se adaptar à realidade portuguesa.

A maioria dos médicos participantes, inicialmente, acreditava que as diferenças na prática clínica entre os Estados Unidos e Portugal representaria uma barreira significativa para a aplicação do AEP. Embora existam diferenças significativas na disponibilidade de tecnologia de ponta, o que existe em ambos os países parece ser usado de forma muito similar. Para além de pequenas alterações na formulação dos critérios, foram propostas algumas alterações mais significativas, mais realistas com as práticas nacionais. Por exemplo, ficou decidido, como boa prática, admitir um doente simplesmente para proporcionar alojamento quando tem de viajar de uma área rural que fique mais distante do hospital.

Além de confirmar que o método era prático e eficaz, este teste piloto demonstrou o seu valor potencial, porque detetou que em Portugal os hospitais apresentavam níveis de utilização inadequada suficientemente elevado para justificar a sua aplicação continuada.

O Anexo 1 apresentará uma tabela de comparação entre o AEP versão original e o AEP versão adaptada portuguesa ou Protocolo de Revisão da Utilização.

3.1.2 Intensity-severity-discharge (ISD)

Este sistema de revisão foi originalmente desenvolvido nos EUA por InterQual, em 1978, tendo sido brevemente descrito na literatura (14). Esta ferramenta é destinada para uso, apenas, em doentes adultos nos serviços médicos, cirúrgicos, obstétricos e ginecológicos. Inclui 22 conjuntos de critérios, o primeiro é genérico e aplica-se a todos os doentes, as séries

subsequentes de critérios são aplicados conforme as determinantes de cada doente em particular. Cada conjunto inclui critérios para a intensidade dos serviços prestados ao doente e para a gravidade da doença. As admissões são consideradas adequadas se algum dos critérios for cumprido. É possível contrariar a decisão da ferramenta, se o clínico entender que há circunstâncias que não foram consideradas (5,9).

As limitações encontradas nos diferentes estudos para esta ferramenta, incluem o número extenso de critérios usados e, portanto, o tempo envolvido na utilização, os mesmos critérios serem usados para validar as admissões e para a avaliação dos dias de internamento, o que pode não ser tão preciso como duas medidas distintas. A validade pode ser menor fora dos Estados Unidos, devido à existência de menos alternativas aos serviços de urgência, por exemplo, enquanto a ferramenta pode definir que o doente não necessita de cuidados hospitalares agudos, porque existe uma alternativa apropriada, essa opção pode não existir de forma consistente em países Europeus, tornando a decisão da ferramenta questionável (5,14).

Os graus de validade e confiabilidade deste instrumento não foram encontrados na revisão da literatura.

3.1.3 Standardized Medreview Instrument

Desenvolvido nos Estados Unidos por McGraw Hill em 1986, é uma ferramenta de revisão de utilização desenvolvida para medir a adequação das admissões e dos dias de internamento nos serviços médicos e cirúrgicos de adultos. Compreende 117 critérios de admissão, incluindo critérios relativos a alterações laboratoriais, problemas médicos, sinais e sintomas. Para a admissão ser considerada adequada, pelo menos um dos critérios de avaliação tem de ser cumprido, sendo os critérios de admissão para casos cirúrgicos diferentes dos das situações médicas (5,14).

Como limitações apresenta um número extenso de critérios, sendo que alguns estudos consideraram que não devem ser usados, porque não é suficientemente confiável para julgar cada caso individualmente e por existirem instrumentos mais fiáveis e válidos (5).

3.1.4 Outras Ferramentas

Alguns pesquisadores têm desenvolvido as suas próprias ferramentas para determinar a adequação das admissões. Em alguns casos, estas são baseadas em instrumentos existentes, sendo, porém, versões simplificadas. Em outros casos, a ferramenta é projetada para apreender dados de utilização que vão além da admissão.

4. Inadequação das admissões em Urgência

No decorrer deste capítulo irão ser apresentados os estudos referentes à inadequação das admissões, nas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, desde o Serviço de Urgências. Salvo dois estudos, o instrumento utilizado foi o AEP e os revisores foram na sua maioria médicos ou enfermeiros.

Os estudos que utilizaram a ferramenta AEP consideravam o ingresso adequado quando era cumprido um ou mais dos critérios do protocolo.

Nos dois estudos que usaram a ferramenta ISD, para a admissão ser classificada como adequada, algum dos 22 critérios da intensidade dos serviços prestados ao doente ou da gravidade da doença deve ser observado nas primeiras 24 horas de admissão.

Em todos os estudos, o parecer subjetivo faz, claramente, parte do processo de decisão e a maioria das ferramentas incluem a opinião clínica como forma de alterar a decisão final.

Em termos gerais, as admissões foram consideradas inadequadas quando incluíam procedimentos ou tecnologia que fossem (1,5):

- desnecessários, porque o objetivo pretendido pode ser obtido com meios mais simples;
- inúteis, devida à situação do doente ser já muito avançada para responder ao tratamento;
- inseguros, porque as complicações superam o benefício provável;
- austeras, quando a qualidade de vida oferecida não é boa o suficiente para justificar a intervenção;
- insensatos, consumindo recursos que poderiam ser benéficos para outras intervenções.

4.1 Características e resultados dos estudos

A tabela 1 reúne os estudos sobre a adequação das admissões para os serviços de medicina interna desde o serviço de urgências. Foram todos realizados em hospitais da área urbana, e salvo um estudo, o instrumento de revisão utilizado foi o AEP. A taxa de admissões inadequadas variou entre 9,8% e 28,1%.

Tabela 1 características e resultados dos estudos sobre a adequação das admissões no serviço de medicina interna desde o serviço de Urgência

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão (nº da amostra)	Instrumento	Revisor	Tipo de Revisão	% de Admissões inadequadas
Coast J, 1996 Bristol (9)	Medicina Interna (634) Geriatria (619)	ISD	Investigadores	Prospetivo	20%
Restuccia JD, 1996 Massachusetts (16)	Medicina Interna (26 891 todos com mais de 65 anos)	AEP	Enfermeiros e médicos	Retrospectivo	12,4%
Perneger, 1997 Suíça (17)	Medicina Interna (500)	AEP	Investigadores	Retrospectivo	15,1%
Valdés C, 1998 Madrid (18)	Medicina Interna (225)	AEP	Médicos e enfermeiro	Retrospectivo	9,8%
Selva T, 1999 Múrcia (6)	Medicina Interna (100)	AEP versão Espanhola	Médicos	Retrospectivo	25%
Camarena C, 2011 Peru (19)	Medicina Interna (372)	AEP	Médicos	Retrospectivo	10,2%
Gamper G, 2011 Itália (20)	Medicina Interna (345)	AEP	Médicos	Prospetivo	28,1%

A tabela 2 descreve os estudos de ingressos em serviços médico-cirúrgicos desde o serviço de urgência. Todos os trabalhos foram realizados em hospitais urbanos, alguns universitários, e foi utilizado o AEP em todos os estudos expeto em um. A proporção de inadequação foi desde 5% a 33%. No estudo de Davido (15) determinaram a inadequação segundo o AEP e segundo o juízo de especialistas, sendo os valores de 25% e 20% respetivamente.

Tabela 2 características e resultados dos estudos sobre a adequação das admissões em serviços médicos e cirúrgicos desde o serviço de Urgência

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão (nº da amostra)	Instrumento	Revisor	Tipo de Revisão	% de Admissões inadequadas
Paranjpe N, 1989 Michigan (21)	Médicos (5934) Cirurgia (2817)	ISD e juízo médico	Médicos e enfermeiros	Retrospectivo	19% (Médicos) 5% (Cirurgia)
Davido A, 1991 Paris (15)	Médico e cirúrgico (371)	AEP e opinião de especialistas	Médicos e enfermeiro	Misto	AEP 25% Especialistas 20%
Houghton A, 1996 Londres (7)	Médico e Cirúrgico (569)	AEP	Investigadores e enfermeiros	Misto	31%
Sarasqueta C, 2001 Espanha (2)	Médico e cirúrgico (900)	AEP e opinião de especialistas	Médicos	Retrospectivo	AEP 8,2% Especialistas 4,2%
Rios J, 2002 Argentina (22)	Médico e cirúrgico (186)	AEP	Médicos e investigadores	Retrospectivo	8%
Tarres J, 2002 Barcelona (1)	Médico e cirúrgico (4700)	AEP	Médicos	Retrospectivo	5,5%
Sangha Oliver, 2002 Alemanha (23)	Medicina Interna (245) Cirurgia Geral (269)	AEP versão Alemã	Médicos	Retrospectivo	6% (Medicina Interna) 33% (Cirurgia Geral)

Tabela 2 (continuação) características e resultados dos estudos sobre a adequação das admissões em serviços médicos e cirúrgicos desde o serviço de Urgência

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão (nº da amostra)	Instrumento	Revisor	Tipo de Revisão	% de Admissões inadequadas
Díaz L, 2005 Astúrias (24)	Médico e cirúrgico (622)	AEP versão Espanhola	Médicos	Retrospectivo	10,1%
Soria-Aledo, 2012 Múrcia (4)	Médico e Cirúrgico (584 grupo de controlo) (584 grupo de intervenção)	AEP	Investigadores	Retrospectivo	7,4% (controlo) 3,2% (intervenção)
Zhang Y, 2014 China (25)	Médico e Cirúrgico (2044)	AEP	Investigadores	Retrospectivo	26,5%
Menand E, 2015 França (26)	Médico e Cirúrgico (1577 todos com mais de 80 anos)	AEP versão Francesa	Médicos	Prospetivo	7,7%
Tavakoli N, 2015 Teerão (27)	Médicos e Cirúrgico (101)	AEP	Médico	Retrospectivo	16,2%

No artigo de Soria-Aledo (4), a revisão foi feita em duas fases, na primeira fase foi aplicado o AEP a um grupo de doentes admitidos no hospital em 2005 (grupo de controlo), tendo sido o valor de admissões inadequadas de 7,4%. Numa segunda fase foi implementado um conjunto de melhoria através da introdução de medidas para reduzir as admissões inadequadas. À posteriori fez-se uma segunda avaliação das admissões inapropriadas, em 2007, tendo o valor das admissões inadequadas reduzido significativamente para 3,2%. A intervenção teve como base a identificação dos fatores causais, análises e a construção de uma proposta conjunta de medidas a adotar pela direção hospitalar e pelos médicos.

A tabela 3 apresenta as admissões inadequadas em serviços médicos específicos desde o serviço de Urgência. Os serviços de cardiologia e pediatria apresentaram uma taxa de inadequação elevada de 28% e 29% respectivamente, e o serviço de pneumologia mostrou uma taxa mais baixa de 6,8%.

Tabela 3 características e resultados dos estudos sobre a adequação das admissões em serviços médicos específicos desde o serviço de Urgência

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão (nº da amostra)	Instrumento	Revisor	Tipo de Revisão	% de Admissões inadequadas
Smith HE, 1993 Canadá (28)	Pediatria (477)	AEP pediátrico	Médico	Retrospectivo	29%
Campbell 2001 Reino Unido (29)	Cardiologia (88)	AEP	Médicos	Retrospectivo	28%
Rodríguez F, 2006 Espanha (30)	Pneumologia (580)	AEP	Médicos	Misto	6,8%

Em conclusão, a proporção de inadequação das admissões desde a urgência para os serviços médicos oscila entre 6,8% e 29% e para os serviços médico-cirúrgicos entre 5% a 33%. Existe algumas diferenças que podem ser devido à heterogeneidade dos sistemas de saúde onde foram usados os protocolos e às distintas adaptações do protocolo sobre a necessidade de representar os critérios de seleção em cada área de investigação.

4.2 Características e resultados dos estudos em Portugal

Da revisão da literatura feita, praticamente não existem publicados trabalhos sobre esta temática em Portugal, pelo que é difícil a comparação de resultados. Os estudos encontrados estão resumidos na tabela 4.

Tabela 4 características e resultados dos estudos realizados em Portugal

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão (nº da amostra)	Instrumento	Revisor	Tipo de Revisão	% de Admissões inadequadas
Bentes M, 1993 Multicêntrico (13)	Médico e Cirúrgico (7200)	AEP versão Portuguesas	Médicos	Retrospectivo	22%
Cordero A, 2001 Elvas (11)	Medicina Interna (565)	AEP versão Portuguesas	Médicos	Retrospectivo	19%
Almeida A, 2004 Covilhã (31)	Médico e Cirúrgico (690)	AEP versão Portuguesas	Médicos	Retrospectivo	24,6%

Bentes (13) realizaram um estudo multicêntrico, em 1993, que envolveu 7200 internamentos em serviços médico-cirúrgicos e pediátricos de 30 hospitais, aplicaram um AEP modificado e adaptado (Protocolo de Revisão de Utilização), encontraram uma taxa de admissões inadequadas de 22%.

Num outro trabalho, realizado num Serviço de Medicina Interna, no Hospital de Elvas, foi encontrada uma taxa de admissões inadequadas de 19% (11).

Num estudo realizado por Almeida (31) no Centro Hospitalar Cova da Beira - Covilhã, em 2004, que envolveu 565 admissões em serviço médico-cirúrgicos foram consideradas inapropriadas 24,6% das admissões.

A percentagem de admissões inapropriadas em Portugal apresenta dos valores mais altos quando comparado com outros estudos realizados em países Europeus, nomeadamente em Espanha que apresenta vários estudos com taxas de inadequação que variam entre 5,5% e 25%. Porém a variação não é muito significativa se tivermos em conta os estudos encontrados a nível Mundial, onde encontramos variações entre 5% e 33%.

5. Fatores associados às Admissões Inapropriadas

Os diferentes estudos mostraram-se bastante heterogêneos no que aos fatores e resultados encontrados diz respeito.

As causas identificadas como mais frequentemente responsáveis por admissões inapropriadas em diferentes estudos, apresentado na tabela 5, foram a admissão de doentes para realização de estudos complementares de diagnóstico (1,2,8,11,24), que de outra forma seriam, no entender do médico responsável, mais morosos se feitos a nível ambulatorio, e a administração de determinadas terapêuticas (8,11,24) que, sobretudo por uma questão de comodidade para o doente, foram efetuados em regime de internamento. A prática conservadora (2,8,31) por parte dos médicos foi também apontada em alguns trabalhos como causa importante de admissões inapropriadas.

Tabela 5 fatores associados às admissões inadequadas

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão (nº da amostra)	Instrumento	Fatores associados com as admissões inadequadas
Siu AL, 1990 Califórnia (10)	Médico e cirúrgico (1132)	AEP	<ul style="list-style-type: none"> • Mais de quinze anos de serviço do médico • Sexo feminino • Especialidade
Bentes M, 1993 Multicêntrico (13)	Médico e Cirúrgico (7200)	AEP versão Portuguesas	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura • Não necessitam de cuidados agudos
Perneger, 1997 Suiça (17)	Medicina Interna (500)	AEP	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura • Referenciação por médico privado
Cordero A, 2001 Elvas (11)	Medicina Interna (565)	AEP versão Portuguesas	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas necessitam de cuidados em ambulatório • Admissão prematura • Não necessidade de cuidados agudos
Sarasqueta C, 2001 Espanha (2)	Médico e cirúrgico (900)	AEP e opinião de especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • Prática conservadora • Realização de exames complementares de diagnóstico
Tarres J, 2002 Barcelona (1)	Médico e cirúrgico (4700)	AEP	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de exames complementares de diagnóstico • Doente poderia receber assistência em nível inferior

Tabela 5 (continuação) fatores associados às admissões inadequada

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão (nº da amostra)	Instrumento	Fatores associados com as admissões inadequadas
Almeida A, 2004 Covilhã (31)	Médico e Cirúrgico (690)	AEP versão Portuguesas	<ul style="list-style-type: none"> • Prática conservadora • Admissão prematura
Díaz L, 2005 Astúrias (24)	Médico e cirúrgico (622)	AEP versão Espanhola	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de exames complementares de diagnóstico • Tratamentos que poderiam ser realizados em outro regime
Al-Tehewy M, 2009 Egito (3)	Cirurgia geral (1191)	AEP	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação pré-operatória
Soria-Aledo V, 2009 Espanha (8)	Médico e Cirúrgico (582)	AEP	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de exames complementares de diagnóstico • Tratamentos que poderiam ser realizados em outro regime • Admissão prematura • Prática conservadora • Doentes mais jovens
Tavakoli N, 2015 Teerão (27)	Médicos e Cirúrgico (101)	AEP	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes mais jovens • Doentes de áreas rurais • Atitude conservadora

Fatores importantes também mencionados como causa de admissões inapropriadas foram a admissão de doentes que poderiam ser tratados em regime ambulatorio ou num nível assistencial de menor intensidade de recursos (1,8,11,13,24) e a admissão prematura (8,11,13,17,31), como por exemplo, doentes admitidos um dia ou dois antes da realização de uma cirurgia.

Um estudo feito por Siu (10), chegou a uma conclusão curiosa, referiu que a proporção de admissões inadequadas aumenta substancialmente se o médico tiver mais de quinze anos de serviço, se o doente for do sexo feminino e se o médico for especialista de medicina interna ou de medicina geral e familiar.

Outros fatores apontados em alguns estudos, mas sem resultados conclusivos, foi admissão próximo do fim de semana, estação do ano, pressão sobre o serviço de urgência, complexidade da patologia, serviços médicos versus cirúrgicos, população de áreas rurais e os problemas socioeconómicos.

Algumas publicações referem a existência de uma relação inversa entre a idade dos doentes e a percentagem de inadequação das admissões (8,27), sendo mais provável naqueles que são mais jovens. Ao contrário do que se pensa, a idade em si não constitui um risco importante de utilização inadequada. Em vez disso, é mais provável que os idosos tenham razões clínicas para justificar a sua permanência num hospital.

6. Nível de Cuidados de que o doente mais necessitava no dia da admissão

Apesar de a maioria dos estudos não identificarem qual o nível de cuidados que os doentes necessitam nos casos de admissões inadequadas, nos cinco trabalhos que o fizeram, foi possível reconhecer uma concordância.

Num estudo realizado por Houghton (7) em Londres, das admissões consideradas como inadequadas, 29% foram consideradas como sendo adequadas para cuidados no domicílio, 13% como apropriadas para atendimento em ambulatório e 58% foram avaliadas como necessitando de cuidados de saúde em internamento não agudo.

Campebell (29) realizou um estudo no Reino Unido, onde avaliou a admissão de oitenta e oito doentes a partir da urgência para o serviço de cardiologia e concluiu que 38% dos doentes admitidos inadequadamente não necessitavam de nenhum cuidado, 34,5% necessitavam de avaliação em ambulatório e 23,5% de cuidados que poderiam ser prestados pelo médico de família.

Sarasqueta (2) num estudo levado a cabo no serviço de urgência de cinco hospitais espanhóis, observou que 50% dos casos deveriam ter sido tratados em consultas externas e 14,7% em cuidados de saúde em ambulatório da respetiva especialidade.

Num estudo realizado por Almeida (31) no Centro Hospitalar Cova da Beira - Covilhã, em 2004, 51,2% das admissões inadequadas aparece associado à necessidade de cuidados de saúde em consulta externa e 10,6% a cuidados que poderiam ter sido prestados em ambulatório.

O último estudo que encontramos, onde era referido os níveis de cuidados que o doente mais necessitava no dia da admissão, foi realizado em Itália por Gamper (20) em 2010 e determinou que 61% das admissões inadequadas poderiam ser recebidos a nível dos cuidados de saúde primários principalmente através de serviços prestados a nível ambulatório ou domiciliário.

As conclusões que podemos deferir destes estudos, é que a maioria dos doentes admitidos inadequadamente parecem necessitar de cuidados de saúde a três níveis, principalmente em consulta externa, em ambulatório ou no domicílio.

Consequentemente, se o sistema de cuidados de saúde primário não estiver suficientemente desenvolvido, os médicos são obrigados a favorecer a hospitalização em vez do tratamento em regime de ambulatório ou em cuidados domiciliários, e os cuidados de saúde em consulta

externa devem ser da responsabilidade do hospital, desta forma a gestão deve ser feita a nível interno para melhorar a articulação entre a referenciação através da urgência e dos médicos de família.

7. Intervenções para reduzir as admissões inadequadas em urgência

7.1 Cuidados Domiciliários

Nos estudos encontrados não foi medido especificamente a redução das admissões inadequadas, mas sim o impacto que os cuidados domiciliários têm na redução dos custos e na melhoria dos indicadores de saúde, como por exemplo, a mortalidade, as complicações clínicas, dias de hospitalização e nível de satisfação.

Shepperd (32) levou a cabo uma revisão sistemática que mediu a efetividade dos cuidados domiciliários, e não encontrou diferenças significativas nos resultados em saúde, apenas maior satisfação do doente, mas não dos cuidadores. No entanto num estudo levado a cabo por Zimmer (33) em doentes com patologia terminal tratados no domicílio, foi encontrada melhoria na satisfação tanto dos doentes como dos cuidadores.

Num estudo realizado por Cancelo Díaz (34), em que se procedeu ao tratamento de doentes com agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica e asma, com critérios de admissão, mediante um programa de cuidados domiciliários, não existiu aumento do número de reingressos e de mortalidade em comparação com os doentes tratados em hospitalização convencional, com a vantagem de se conseguir altos níveis de satisfação.

De forma geral, não foram encontradas grandes diferenças nos resultados globais, quando comparanda a hospitalização com o tratamento no domicílio. De referir que a nível dos custos apenas no estudo levado a cabo por Coast (9) e Cummings (35) foi concluído que os cuidados domiciliários envolvem menos custos que o tratamento no hospital de agudos.

7.2 Intervenção nos Cuidados Primários

As principais intervenções encontradas nos trabalhos realizados incluem melhor coordenação entre os cuidados hospitalares e os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), aumento do número de especialistas de MGF (36,37), cuidados mais regulares e um acesso telefónico e presencial mais fácil dos doentes aos seus médicos (2,37). Foi encontrada uma associação entre estas intervenções e a diminuição das admissões hospitalares, graças principalmente à diminuição do número de visitas às urgências.

Considerando que a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos que poderiam ser realizados em ambulatório são a principal causa de admissões inadequadas, é de extrema relevância o papel dos cuidados de saúde primários (incremento da capacidade de resolução, coordenação entre os cuidados primários e as especialidades para melhorar a gestão dos circuitos de exploração complementar e interconsultas), como uma estratégia útil para diminuir a hospitalização inadequada (24).

O Observatório Europeu para as Políticas e Sistemas de Saúde, referiu no relatório sobre a configuração do hospital no século vinte e um, que uma das formas de melhorar o contributo dos cuidados de saúde primários para saúde da população é aumentar o acesso após o horário de atendimento e criar unidades autônomas capazes de tratar lesões de menor gravidade que podem ser constituídas apenas por enfermeiros e não por médicos. Como tais unidades são pequenas, elas podem ser dispersas amplamente e assim tornadas mais acessíveis aos doentes. A utilização de ligações virtuais aos centros principais e a rotação do pessoal entre as unidades pode contribuir para aumentar a gama de serviços e manter cuidados de elevada qualidade (38).

7.3 Intervenções de reestruturação Hospitalar

Normalmente, os hospitais têm um número significativo de doentes em enfermarias que deixaram de beneficiar dos cuidados médicos e de enfermagem intensivos 24 horas por dia. Esses doentes receberiam cuidados mais adequados noutros contextos. Racionalizar os processos de cuidados pode reduzir essas admissões, obter-se-ia maiores ganhos fornecendo-se cuidados alternativos em camas de reabilitação, instalações de enfermagem especializada, programas de cuidados domiciliários e lares. No entanto, deve-se notar que essas opções, embora muitas vezes melhorarem a qualidade de vida do doente, não economizam dinheiro, a menos que o hospital possa eliminar os custos fixos associados com camas desocupadas. (24)

Avanços na anestesia e nas técnicas cirúrgicas, particularmente nos procedimentos minimamente invasivos, significam que muitas operações que teriam requerido uma permanência no hospital de vários dias, possam ser realizadas em carácter ambulatório (38).

Nos últimos anos, diversos estudos, tentaram criar diversas estratégias circunscritas ao âmbito hospitalar para melhorar a utilização dos hospitais, agilizando a realização de exames de diagnóstico e tratamentos (hospitais de dia, unidades de curta estância, cirurgia ambulatório), racionalização da prática clínica (*guidelines*, listas de verificação), aumento das ofertas sociais e médicas (unidades de cuidados paliativos, hospitais de média e longa estadia, cuidados continuados), intervenções sobre os clínicos para diminuir o uso desnecessário (informação dos resultados, listas de melhorias) (2, 36,38). Criação de

alternativas ao internamento convencional, incluindo unidades de diagnóstico rápido mostrou evitar as admissões inadequadas em, pelo menos, 53,7% dos doentes, reduzindo assim os custos de hospitalização e elevando o nível de satisfação dos doentes (19).

Al-Tehewy (3) realizou um estudo em três hospitais centrais do Egito com capacidade de camas similar, a taxa mais alta de admissões inadequadas foi detetada nos serviços de cirurgia, sendo de 78,8% e 66,3% nos hospitais A e B respetivamente e a principal razão para as admissões inapropriadas foram a realização de exames de diagnóstico necessários no pré-operatório. O hospital C apresentou uma taxa de admissões inadequadas no serviço de cirurgia de 1,9%. Esta diferença deve-se ao facto do terceiro hospital seguir um protocolo específico de admissão, onde é aplicada uma política de realização de exames para cirurgias eletivas em ambulatório. Esta discrepância não foi observada no departamento de medicina interna, onde não existiam protocolos específicos, apresentando os 3 hospitais taxas comparáveis de admissões inadequadas, variando de 17,0% para 21,3%, com as investigações diagnósticas como principal razão para a hospitalização inadequada.

No estudo elaborado por Soria-Aledo (4), apresentado anteriormente, o valor de admissões inadequadas passou de 7,4% para 3,2%, após a implementação de um conjunto de medidas. Entre elas, a realização de sessões educativas com todos os serviços clínicos para relatar os resultados e discutir possíveis medidas que possam reduzir a inadequação das admissões em cada serviço, e a distribuição de folhetos com os critérios de admissão incluídos no AEP. Foi criado um circuito especial para a realização de exames radiológicos, no serviço de urgência e para doentes recentemente diagnosticados ou suspeitos de doença oncológica. Os doentes considerados prioritários na urgência e aqueles recentemente diagnosticados com cancro foram agendados na mesma lista prioritário dos admitidos no hospital, diminuindo assim as admissões para acelerar a realização de exames complementares de diagnóstico.

Sarasqueta (2) para determinar quais as diferentes intervenções que devem ser tomadas para encontrar alternativas à admissão em urgência, redigiu um inquérito a cada membro da equipa de investigação, das respostas dadas, há a destacar, que os investigadores foram coincidentes em assinalar que os hospitais para doentes crónicas e circuitos rápidos para realização de exames levariam à redução das admissões em urgência. Dever-se-ia derivar a cuidados domiciliários, sobre tudo, para tratamento de processos infecciosos não complicados e controlo de sintomas os doentes terminais. Entre outras alternativas a criação de consultas rápidas de medicina interna, neurologia, pneumologia, reumatologia entre outras.

7.4 Intervenções nos Serviços de Urgência

As hospitalizações inadequadas geram aumento dos custos em saúde e alteram os vários processos de atendimento e prestação de cuidados hospitalares, traduzindo-se numa possível recusa para receber doentes com necessidades urgentes, por ter superado as capacidades de resposta dos hospitais. É de extrema importância efetuar alterações nos serviços de urgência de forma a controlar o número de admissões inadequadas.

Em primeiro lugar, deve-se intervir de forma a melhorar a organização interna das urgências, desenvolver consultas mais dinâmicas e acessíveis, se possível criar um espaço para exames de diagnóstico exclusivo do serviço, onde podem ser realizadas endoscopias, exames laboratoriais, exames de imagiologia, entre outros (19).

Muitos doentes vão a um serviço de urgência, porque é a maneira instituída como a melhor forma para se obter um diagnóstico quanto a uma possível condição de emergência. Embora esses doentes necessitem de diagnóstico, o procedimento tem sido frequentemente a admissão primeiro e diagnosticar mais tarde. A rápida avaliação que se baseia em diagnósticos de alta qualidade através de protocolos sistemáticos pode limitar a admissão para aqueles doentes que realmente precisam. Novas tecnologias, como os ensaios de troponina para diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio e a heparina de baixo peso molecular para tratar a trombose venosa profunda, podem oferecer oportunidades de diagnóstico e tratamento descentralizado, particularmente nas áreas rurais. (38)

Tal descentralização implica uma mudança significativa nos serviços de urgência. Em particular, exigiria uma ligação mais estreita entre os serviços comunitários e o hospital, um melhor acesso a equipamentos de diagnósticos e, talvez, porque os cuidados seriam mais dispersos, métodos adicionais para garantir que os doentes cheguem ao lugar certo. Consequentemente, alguns países, (em Portugal o exemplo é a Linha Saúde 24), desenvolveram linhas de apoio telefónico onde pessoal treinado, muitas vezes enfermeiros, utilizam protocolos cuidadosamente concebidos para aconselhar os doentes onde procurar ajuda, em alguns casos, fornecendo conselhos sobre autocuidado ou assegurando-lhes que o tratamento é desnecessário. (38)

O estudo elaborado por Contreras-Camarena (19) foi resumido pelo próprio em uma simples frase, “Um doente com ligeiras perdas hemáticas macro ou microscópicas através do trato digestivo baixo requer uma proctosigmoidoscopia ou colonoscopia em tempo real e não uma hospitalização”. Tudo isto de modo a evitar hospitalizações desnecessárias que são prejudiciais para o doente, como expô-los a riscos desnecessários e, sobretudo, aumentando os custos em saúde.

A inclusão de assistentes sociais nos serviços de urgência foi estudada, e as intervenções realizadas por eles consistiram na preparação de cuidados domiciliários, introdução de enfermeiros ao domicílio, reabilitação dos lares de idosos e ajudas aos doentes sem abrigo. Os resultados foram promissores, tendo sido encontradas alternativas à hospitalização em 6% dos casos num estudo e em 5% no outro (39,40).

Foi referido em alguns estudos, a necessidade de monitorizar continuamente as taxas de admissão apropriadas a nível local e nacionalmente, e se existir um aumento das admissões inadequadas, deve haver uma ação rápida para tentar perceber as causas e corrigir os erros que levaram à alteração dos padrões habituais (1,8, 9,13). No entanto, não foram encontrados trabalhos que tivessem incluído esta abordagem nas suas metodologias.

7.5 Profissionais de saúde

Tem sido referida na literatura, que as práticas conservadoras exercidas pelos profissionais de saúde são um fator crucial que afeta as admissões inadequadas. Este problema está principalmente relacionado com a falta de treino e de instrumentos de diagnóstico adequados, que poderiam ser melhorados através de sessões educacionais organizadas pelos diferentes serviços e pelo próprio hospital, discussão de casos com autorrelato e posterior *feedback* por parte dos pares (2,4,8,27).

A inadequação das admissões é um fenómeno multifatorial que depende das decisões tomadas pelo médico em associação com a disponibilidade dos recursos hospitalares e as condições em que os cuidados médicos são desenvolvidos (19). Portanto, é imprescindível atuar a todos os níveis, desenvolvendo diretrizes de forma a melhorar a prática clínica, aumentar a eficácia dos serviços hospitalares e melhorar a disponibilidade de recursos alternativos à hospitalização, fortalecendo, em primeiro lugar, os cuidados de saúde primários.

O fato de que a maior parte das admissões inadequadas terem sido atribuídas aos médicos e/ou serviço hospitalar, indica que há espaço para melhorias em aspetos organizacionais e de gestão clínica, especialmente no que diz respeito a uma maior colaboração entre os serviços. O médico como gestor clínico no exercício das suas decisões, controla a maioria dos gastos dos serviços hospitalares, por isso é importante, que haja uma orientação cuidada para se poder alcançar os melhores resultados com os recursos disponíveis, mas sem esquecer a abordagem comunitária (1).

Os estudos de revisão de utilização, permitem que os médicos adquiram conhecimentos, para que realizem esforços de contenção de custos de forma mais segura, identificando as

admissões adequadas e medicamente seguras em benefícios dos doentes, posto isto, a decisão de admitir deve ter em conta a situação do doente no seu contexto biopsicossocial (1).

Os profissionais de saúde devem ser mais abrangentes na prestação do auxílio inicial das doenças agudas, devendo adquirir as competências necessárias para selecionar o nível de cuidados onde a assistência ao doente deve ser contínua. As alternativas à hospitalização convencional ainda se encontram pouco desenvolvidas, como a assistência domiciliária, os hospitais de dia e mesmo os centros de cuidados de saúde primários, dessa forma cabe também aos médicos um esforço de coordenação assistencial de forma a permitir uma melhor e mais eficiente distribuição dos recursos por todo o sistema de saúde no seu conjunto, em benefício do doente.

7.6 Intervenção na população

Uma das principais partes interessadas na compreensão de como uma pessoa passa de ser saudável para ser admitido no hospital é, sem dúvida, o próprio doente. Ele pode ter uma compreensão real de como a sua saúde mudou ao longo do tempo, mas não compreendem que medidas preventivas podem ser tomadas para evitar a admissão hospitalar (19).

Foram descritas uma série de potenciais soluções, incluindo, a melhoria na deteção de doenças estabelecidas, ajudando as pessoas a gerir e a tratar doenças identificadas de forma mais eficaz, estratégias sociais preventivas para aqueles que necessitam de apoio em fases mais precoces, prestação de serviços mais integrada aos utilizadores e aumentar a comunicação e informação sobre onde as pessoas podem ir procurar ajuda quando necessitam, em vez de recorrerem de forma precoce aos serviços de urgência (2). Em traços gerais, é necessária mais educação do doente em torno da compreensão e acesso aos serviços de saúde que estão disponíveis. Para se atingir estas metas é necessário fomentar a literacia sobre a saúde em toda a população.

De acordo com os estudos publicados, o aumento da literacia na saúde está relacionado com menor uso de serviços de urgência e taxas mais baixas de internamento (41,42). É fundamental tornar os doentes parte integrante dos processos de tomada de decisão em áreas que têm a ver com a saúde. É assim fundamental equipar o doente com competências para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua saúde e doença (43). Literacia em saúde é atualmente entendido como o integrar de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informação básica de saúde, necessária para fazer escolhas de saúde adequadas (tais como a escolha da unidade ou serviço de saúde onde procurar ajuda terapêutica, adoção de estilos de vida saudável, ou na adoção de um papel ativo relativamente aos determinantes sociais da saúde) (44). Dessa

forma é fundamental que os profissionais de saúde forneçam à população, acesso à informação boa e confiável e que fomentem a literacia em todas as classes e idades.

8. Conclusão

Finalizada a investigação, podemos concluir que o aumento dos custos com a saúde tornou-se uma preocupação séria na atual conjuntura económica que atravessamos. O uso racional dos recursos hospitalares é uma questão que se está a tornar cada vez mais importante. Os gastos, como resultado de admissões inadequadas nos hospitais, são um dos componentes sobre os quais se pode atuar. A redução de internamentos e estadias inadequadas implica; redução dos custos devido à redução do uso hospitalar desnecessário, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde devido à redução de procedimentos inadequados e, o mais importante, uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, com cuidados hospitalares reservados para aqueles que realmente precisam.

A literatura evidenciou a existência de inúmeras ferramentas de revisão clínica, mas ficou claro, que o *Appropriateness Evaluation Protocol* é o instrumento de referência e o mais utilizado na maioria dos estudos encontrados. O AEP começou a ser desenvolvido por Gertman e Restuccia, há mais de 30 anos, e todos os estudos procedentes que avaliaram o AEP mostraram que tem uma grande capacidade de reproduzir resultados confiáveis em diferentes ambientes hospitalares e com diferentes perfis de investigadores.

Da análise dos estudos feitos em vários países do mundo, de destacar principalmente países Europeus e dos Estados Unidos da América, a proporção de inadequação das admissões desde a urgência para os serviços médicos oscila entre 6,8% e 29%, e para os serviços médico-cirúrgicos entre 5% a 33%. Dos estudos encontrados em Portugal, (apenas três), a taxa de inadequações variou entre 19 e 24,6%. Sendo que, a admissão de doentes para realização de estudos complementares de diagnóstico, a administração de terapêuticas e a prática conservadora por parte dos médicos foram as principais causas descritas para a inadequação das admissões através do serviço de urgência.

O objetivo de perceber o nível de cuidados de que o doente mais necessitava no dia da admissão foi alcançado pela leitura dos trabalhos existentes. Através da sua análise foi perceptível que a maioria dos doentes admitidos inadequadamente parecem necessitar de cuidados, principalmente, em consulta externa, em ambulatório ou no domicílio. Apesar de a maioria dos estudos não identificar diretamente o nível de cuidados que o doente necessita, foi possível, através dos poucos estudos que referiam esta temática e através de extrapolação indireta das principais intervenções sugeridas para reduzir a taxa de admissões inadequadas, perceber que são principalmente estes três níveis de cuidados que os doentes necessitam como alternativa ao internamento.

Outro objetivo principal era perceber as intervenções capazes de reduzir as admissões inadequadas. Nos últimos anos, verificou-se uma evolução gradual dos estudos que tinham como objetivo principal, intervenções para modificar o uso inadequado dos serviços hospitalares. A maioria das intervenções basearam-se na identificação prévia dos fatores que influenciam esta inadequação, na análise das causas e numa proposta conjunta de medidas a adotar pelas direções hospitalares e pelos médicos. As intervenções foram realizadas principalmente em dois níveis, a nível intra-hospitalar e a nível extra-hospitalar.

A nível intra-hospitalar, foram feitas modificações que abrangiam a própria estrutura do hospital, em que se tentou, por exemplo, agilizar a realização de exames de diagnóstico e tratamentos, foi também proposto a racionalização da prática clínica, e para isso foram realizadas ações de formação e sensibilização para que os profissionais de saúde tomassem conhecimento da importância deste problema. A nível extra-hospitalar, foram propostas alterações que abrangiam os cuidados de saúde primários, os cuidados domiciliários e a própria população utilizadora dos serviços hospitalares.

Uma das evidências observados ao longo de toda a investigação é a falta de alternativa ao uso do AEP, apesar de ser uma ferramenta com moderado nível de validade, apresenta intervalos de sensibilidade e especificidade muito amplos, 67 a 85% e 73 a 94%, respetivamente. Apresenta-se mais como uma ferramenta de apoio ao juízo clínico do que propriamente um “*gold standart*” de referência. Uma das limitações também presentes em quase toda a literatura encontrada, foi a existência de planos de intervenção minimamente delineados, mas que em raras exceções foi feito um estudo mais aprofundado sobre se na prática teriam impacto no número de admissões inadequadas. De salientar, que dos estudos que aplicaram medidas de revisão das atividades hospitalar, todos falharam até ao momento, na monitorização regular e continua dos resultados. Além disso, muitos estudos não especificam se têm em conta a disponibilidade real de serviços alternativos ao avaliarem as admissões como inadequadas, ou se se baseiam na disponibilidade teórica dos serviços mais apropriados.

Para além das citadas anteriormente, durante o processo de investigação foram encontradas outras limitações, como o tempo escasso para toda a sua elaboração. Este fator impossibilitou a abordagem e o aprofundamento de outras questões relevantes, como o estudo da existência de locais alternativos às admissões inadequadas, e se o encaminhamento é feito de forma correta por parte das instituições de saúde. A análise de alguns estudos com metodologia científica débil e a escassez de estudos especificamente direcionados para os doentes admitidos única e exclusivamente através da urgência, foram limitações sentidas ao longo desta dissertação. Assim, foram utilizados alguns estudos considerados de extrema relevância, em que a população selecionada englobava doentes admitidos através da urgência e também de outras formas, como por exemplo através das consultas externas, mas que representaram uma tradução para a realidade pretendida.

Desta forma, torna-se fulcral o investimento em novos estudos de rigor nesta área, para que se possa desenvolver e testar novas ferramentas capazes de medir de forma mais acurada as admissões inadequadas. A adequação da admissão não significa necessariamente que o doente seja encaminhado para o lugar correto. Seria importante fazer um estudo mais abrangente, se existe concordância entre o diagnóstico e a especialidade para a qual o doente é encaminhado ou no caso de admissão ser inadequada, se existem locais alternativos de atendimento. Para finalizar, é necessário uma maior quantificação e identificação das razões para o uso inadequado em todos os hospitais nacionais, de forma a conhecermos melhor a realidade Portuguesa e para que se possam adotar medidas a nível mais global.

9. Bibliografia

1. Ferrer Tarres J. Revision de la utilizacion en el área de observación de urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo AEP [PhD thesis]. Universitat de Barcelona; 2002.
2. Sarasqueta C, Cantera M, Busca P, Fdez. Peñalva G, Huarte I, Pijoan J et al. Análisis de la adecuación de las admisiones hospitalarias desde urgencias. *Osteba*. 2001;.
3. Al-Tehewy M, Shehad E, Al Gaafary M, Al-Houssiny M, Nabih D, Salem B. Appropriateness of hospital admissions in general hospitals in Egypt. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 2009;15(5):1129-1133.
4. Soria-Aledo V, Carrillo-Alcaraz A, Flores-Pastor B, Moreno-Egea A, Carrasco-Prats M, Aguayo-Albasini J. Reduction in inappropriate hospital use based on analysis of the causes. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1).
5. McDonagh M, Smith D, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. *Health Policy*. 2000;53(3):157-184.
6. Selva T, Peiró S, Pina P, Espín C, Aguilera I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Revista Española de Salud Pública*. 1999;73(4):465-479.
7. HOUGHTON A, BOWLING A, JONES I, CLARKE K. Appropriateness of Admission and the Last 24 Hours of Hospital Care in Medical Wards in an East London Teaching Group Hospital. *International Journal for Quality in Health Care*. 1996;8(6):543-553.
8. Soria-Aledo V, Carrillo-Alcaraz A, Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Leal-Llopis J, Fernandez-Martin M et al. Associated Factors and Cost of Inappropriate Hospital Admissions and Stays in a Second-Level Hospital. *American Journal of Medical Quality*. 2009;24(4):321-332.
9. COAST J, PETERS T, INGLIS A. Factors Associated with Inappropriate Emergency Hospital Admission in the UK. *International Journal for Quality in Health Care*. 1996;8(1):31-39.
10. Siu A, Manning W, Benjamin B. Patient, provider and hospital characteristics associated with inappropriate hospitalization. *American Journal of Public Health*. 1990;80(10):1253-1256.

11. Cordero A, Águila J, Massalana A, Vescoto, Lopes L, Susano R. Adequação dos Internamento num Serviço de Medicina. *Acta Médica Portuguesa*. 2004;(17):113-118.
12. Lorenzo S, Lang T, Pastor R, Tampieri A, Santos-Eggimann B, Smith H et al. Reliability study of the European appropriateness evaluation protocol. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999;11(5):419-424.
13. BENTES M, GONSALVES M, SANTOS M, PINA E. Design and Development of a Utilization Review Program in Portugal. *International Journal for Quality in Health Care*. 1995;7(3):201-212.
14. Strumwasser I, Paranjpe N, Ronis D, Share D, Sell L. Reliability and Validity of Utilization Review Criteria. *Medical Care*. 1990;28(2):95-111.
15. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. APPROPRIATENESS OF ADMISSION IN AN EMERGENCY DEPARTMENT: RELIABILITY OF ASSESSEMENT AND CAUSES OF FAILURE. *International Journal for Quality in Health Care*. 1991;3(4):227-234.
16. Restuccia J, Shwartz M, Ash A, Payne S. High hospital admission rates and inappropriate care. *Health Affairs*. 1996;15(4):156-163.
17. Perneger T. Risk Factors for a Medically Inappropriate Admission to a Department of Internal Medicine. *Archives of Internal Medicine*. 1997;157(13):1495-1500.
18. Valdés C, Ardiz M, Ballesteros L, Ramirez M, Fernández S, Serrano B et al. Evaluacion de la adecuación del ingreso y alta hospitalarios en un área de urgencias. *Hospital Universitario de Madrid*. 1998;.
19. Contreras-Camarena CGalarza-Manyari C. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2011;24(1):19-25.
20. Gamper G, Wiedermann W, Barisonzo R, Stockner I, Wiedermann C. Inappropriate hospital admission: interaction between patient age and co-morbidity. *Internal and Emergency Medicine*. 2011;6(4):361-367.
21. Paranjpe N, Strumwasser I, Ronis D, Bartzack C, Zech C. Efficiency Gains in Utilization Review. *American Journal of Medical Quality*. 1989;4(4):108-114.
22. Rios J, Fazzari P, Lugano I. UTILIZACIÓN HOSPITALARIA INADECUADA EN SERVICIOS CLÍNICOS. Buenos Aires; 2002 p. 1-7.

23. SANGHA O, SCHNEEWEISS S, WILDNER M, COOK E, BRENNAN T, WITTE J et al. Metric properties of the appropriateness evaluation protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002;14(6):483-492.
24. Velasco Díaz L, García Ríos S, Oterino de la Fuente D, Suárez García F, Diego Roza S, Fernández Alonso R. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Revista Española de Salud Pública*. 2005;79(5):541-549.
25. Zhang Y, Chen Y, Zhang X, Zhang L. Current level and determinants of inappropriate admissions to township hospitals under the new rural cooperative medical system in China: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1).
26. Menand E, Lenain E, Lazarovici C, Chatellier G, Saint-Jean O, Somme D et al. French multicenter evaluation of the appropriateness of admission to the emergency department of the over-80s. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(6):681-687.
27. Tavakoli N, Kasnavieh S, Yasinzadeh M, Amini M, Nejad M. Evaluation of Appropriate and Inappropriate Admission and Hospitalization Days According to Appropriateness Evaluation Protocol. *Iranian Medicine*. 2015;18(7):430-434.
28. Smith H, Sheps S, Matheson D. Assessing the utilization of in-patient facilities in Canadian pediatric hospital. *Pediatrics*. 1993;4:587-593.
29. Campbell J. Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors. *Journal of the Royal Society of medicine*. 2001;94:628-631.
30. Campos Rodríguez F, de la Cruz Morón I, López Rodríguez L, Díaz Martínez A, Tejedor Fernández M, Muñoz Lucena F. Adecuación de los ingresos hospitalarios en un servicio de neumología. *Archivos de Bronconeumología*. 2006;42(9):440-445.
31. Almeida A, Serrasqueiro Z, Rogeiro A. Protocolo de Revisão de Utilização de Recursos num hospital público Português. *Acta Médica Portuguesa*. 2006;19:381-385.
32. Shepperd S, Siliffe S. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: a systematic review. *Journal of Public Health*. 1998;20(3):344-350.
33. Zimmer J, Groth-Juncker A, McCusker J. A randomized controlled study of a home health care team. *American Journal of Public Health*. 1985;75(2):134-141.

34. Cancelo Díaz L, Aranaga I, Gogenola M, Echeberria L, Llorente P, Roldán L et al. Tratamiento Ambulatorio de las agudizaciones de la EPOC y el asma con un programa de control domiciliario. XXXVII Congreso Nacional de la SEPAR. 2006; 21.
35. Cummings J. Cost-effectiveness of Veterans Administration hospital-based home care. A randomized clinical trial. Archives of Internal Medicine. 1990;150(6):1274-1280.
36. Payne S, Restuccia J, Shwartz M, Tarr L, Williams B. Using Utilization Review Information to Improve Hospital Efficiency. Hospital & Health Services Administration. 1991;36(4):473-490.
37. Hilditch J. Changes in hospital emergency department use associated with increase family physician availability. J Fam Pract. 1980;11:91-96.
38. Hospital in the 21st Century. Health Policy. 2004;18(1):93.
39. Monsuez J, Fergelot H, Papon B, Le Gall J. Early social intervention in the emergency department. European Journal of Medicine. 1993;2:489-492.
40. Boyack VBucknum A. The Quick Response Team. Social Work in Health Care. 1992;16(2):55-68.
41. Monteiro M. A Literacia em Saúde [Mestre]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Departamento das Ciências de Educação; 2009.
42. U.S. Department of Health and Human Services. National Action Plan to Improve Health Literacy. 2010.
43. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promotion International. 2005;20(2):195-203.
44. Nutbeam D. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):183-184.

Anexo I - Comparação entre o AEP versão original e o Protocolo de Revisão da Utilização

Comparação entre os critérios de adequação à admissão entre o AEP versão original e o Protocolo de Revisão da Utilização versão Portuguesa (13).

<u>Crítérios de adequação à admissão</u>	
Original AEP	Protocolo de Revisão da Utilização
<p>A. Critérios de gravidade da doença Início repentino de perda da consciência ou desorientação (coma ou falta de resposta)</p> <p>Frequência Cardíaca: A. Menos de 50 batimentos por minuto (bpm) B. Mais de 140 bpm</p> <p>Pressão arterial: A. Sistólica inferior a 90 ou superior a 200 mmHg B. Diastólica inferior a 60 ou superior a 120 mmHg</p> <p>Perda aguda da visão ou da audição</p> <p>Perda aguda da capacidade de mover qualquer parte do corpo</p> <p>Febre persistente igual ou superior a 37,8°C (T° axilar) ou superior a 38,3°C (T° rectal) durante mais de 5 dias</p> <p>Hemorragia ativa</p> <p>Anomalia eletrolíticas graves/gases sanguíneos (qualquer um dos seguintes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na <123 mEq/l ou Na> 156 mEq/l • K <2,5 mEq/l ou K>6,0 mEq/l • CO₂ (de forma aguda) <20 mEq/l • CO₂ (de forma aguda) > 36 mEq/l • pH arterial <7,30 • PH arterial > 7,45 <p>Dificuldade, aguda ou progressiva, sensorial, motor, circulatória ou respiratória suficiente para incapacitar o doente (incapacidade de se mover, alimentar, respirar, etc.)</p> <p>Eletrocardiograma com evidências de isquemia aguda ou enfarte do miocárdio Deiscência ou evisceração de ferida</p>	<p>A. Critérios de gravidade da doença Início repentino de perda da consciência ou desorientação</p> <p>Frequência Cardíaca: A. Menos de 50 batimentos por minuto (bpm) B. Mais de 140 bpm</p> <p>Pressão arterial: A. Sistólica inferior a 90 ou superior a 200 mmHg B. Diastólica inferior a 60 ou superior a 120 mmHg</p> <p>Perda aguda da visão ou da audição</p> <p>Perda aguda da capacidade de mover qualquer parte do corpo</p> <p>Febre persistente igual ou superior a 37,5°C (T° axilar) ou superior a 38°C (T° rectal) durante mais de 5 dias</p> <p>Hemorragia ativa</p> <p>Anomalia eletrolíticas graves/gases sanguíneos (qualquer um dos seguintes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na <120 mEq/l ou Na> 155 mEq/l • K <2,5 mEq/l ou K>6,0 mEq/l • CO₂ (de forma aguda) <30 mmHg • CO₂ (de forma aguda) >50 mmHg • pH arterial <7,30 • PH arterial > 7,45 <p>Eletrocardiograma com evidências de isquemia aguda ou enfarte do miocárdio Deiscência ou evisceração de ferida</p>

<p>B. Intensidade dos serviços prestados Medicação intravenosa e/ou reposição de fluidos (não inclui alimentação entérica)</p> <p>Procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico dentro de 24 h que requerem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia geral ou regional • Uso de equipamentos, instalações, procedimentos disponíveis somente no hospital <p>Monitorização de sinais vitais a cada 2h ou mais frequentemente (incluindo telemetria ou monitor cardíaco de cabeceira)</p> <p>Quimioterapia que requer observação contínua para reações adversas com risco de vida</p> <p>Tratamento em uma Unidade de Cuidados Intensivos</p> <p>Antibióticos intramusculares pelo menos a cada 8h</p> <p>O uso de suporte ventilatório intermitente ou contínuo pelo menos a cada 8h</p>	<p>B. Intensidade dos serviços prestados Medicação intravenosa e/ou reposição de fluidos (não inclui alimentação entérica)</p> <p>Procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico dentro de 24 h que requerem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia geral ou regional • Uso de equipamentos, instalações, procedimentos disponíveis somente em regime de internamento <p>Monitorização de sinais vitais a cada 4h ou mais</p> <p>Terapia que requer observação contínua para reações adversas com risco de vida</p> <p>O uso de suporte ventilatório intermitente ou contínuo pelo menos a cada 8h</p>
---	---

Comparação entre a lista de razões para admissões inadequadas entre o AEP versão original e o Protocolo de Revisão da Utilização versão Portuguesa (13).

<u>Lista de Razões</u>	
Original AEP	Protocolo de Revisão da Utilização
Procedimentos de diagnósticos e/ou tratamentos que poderiam ser feitos em regime de ambulatório	O doente não necessita de cuidados hospitalares: os procedimentos de diagnósticos ou de tratamento necessários podem ser feitos em regime de ambulatório (razão geral a ser utilizada quando as causas específicas são desconhecidas)
Procedimentos de diagnósticos e/ou tratamentos que poderiam ser feitos em regime de ambulatório, exceto se o doente residir muito longe do hospital, para que o processo seja mais rápido	O doente não necessita de cuidados hospitalares: a admissão foi realizada para facilitar um procedimento de diagnóstico ou tratamento que de outra forma implicaria um atraso indesejável
Procedimentos de diagnósticos e/ou tratamentos que poderiam ser feitos em regime de ambulatório, mas que não podem ser agendados com a rapidez necessária	Doente não necessita de cuidados hospitalares: as intervenções poderiam ter sido realizadas em regime de hospital de dia
O doente necessita de cuidados a nível institucional, mas de nível inferior (não especificado) a um hospital de cuidados agudos	O doente não necessita de cuidados hospitalares: admissão para realizar um procedimento de diagnóstico ou tratamento em regime de internamento porque o doente vive longe demais e não tem meios para pagar os custos do alojamento ou transporte
Doente precisa de cuidados em um hospital de doenças crônicas	O doente necessita de cuidados hospitalares não agudos
O doente precisa de cuidados em uma instituição de enfermagem especializada	Admissão prematura
O doente precisa de cuidados em uma instituição de enfermagem não especializada	Não precisa de cuidados: admissão para acompanhar uma criança que necessita de tratamento em internamento e não há outro alojamento disponível
Admissão prematura - um dia ou mais antes de um procedimento já programado	
Nenhum plano documentado para procedimentos de diagnóstico e/ou tratamento	

