



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Inadequação dos Internamentos

Ana Rita Teixeira Ferreira

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

Orientador: Professora Doutora Anabela Almeida

Covilhã, abril de 2018

Agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Almeida, agradeço toda a colaboração e rigor exigido. Agradeço também a sua simpatia e total disponibilidade.

Aos meus pais, o meu mais profundo agradecimento por tudo o que fazem por mim.

À minha irmã, por ser a boa disposição de todas as horas.

À minha madrinha, pelo exemplo, apoio incondicional e presença em todos os momentos.

À minha família e amigos pelo carinho constante.

À Daniela, à Élia e à Telma, que fizeram da Covilhã uma segunda casa.

À Joana, por estes seis anos.

Resumo

O aumento na procura dos cuidados de saúde aliado a um maior custo na prestação desses mesmos cuidados faz com que diminuir as despesas em saúde seja uma necessidade económica.

Uma das estratégias para alcançar essa meta são as políticas relacionadas com a diminuição do tempo de permanência dos doentes no hospital, uma vez que diversos estudos demonstram que cerca de uma em cada três admissões é inapropriada e um terço dos dias totais de internamento no hospital são inadequados.

Desta forma, a criação de ferramentas para avaliar a adequação do momento de admissão no internamento hospitalar bem como da sua duração, permitindo identificar falhas e corrigi-las, é um dos maiores desafios da gestão hospitalar.

Esta dissertação, através de uma revisão bibliográfica, pretende apresentar as principais ferramentas de revisão clínica criadas até à data e uma compilação de estudos realizados, nacional e internacionalmente, que utilizem o *Appropriateness Evaluation Protocol*, o instrumento de revisão clínica mais utilizado a nível mundial atualmente.

Dos 4 estudos nacionais analisados, a taxa de inadequação das admissões no internamento variou entre 19% e 24,6% e a percentagem de dias de internamento inadequados, apenas avaliadas em dois dos estudos, foi de 37,4% e de 46%. Da análise de diversos estudos feitos em vários países, a proporção de inadequação das admissões variou entre 6,9% e 38,1%, na Europa, e 7,4% e 22,85%, na Ásia. O único estudo americano apresentou valores de 14,2%. Já relativamente à inadequação dos dias de internamento, os valores são um pouco superiores variando entre 11% e 54%, na Europa e entre 14,9% e 34,6%, na Ásia. Os dois estudos realizados em países americanos apresentaram valores de 9% e 22,8%.

A admissão prematura, o internamento para procedimentos que poderiam ter sido realizados em ambulatório e a prática conservadora foram apontadas como as principais causas de inadequação das admissões nos internamentos. Como fatores de inadequação de dias de internamento foram identificados a prática conservadora, a demora na obtenção de exames de diagnóstico e a inexistência de uma instituição alternativa para transferência do doente.

No que respeita às estratégias para redução dos internamentos inadequados há a salientar as intervenções a nível da reorganização interna hospitalar, de articulação com a rede de cuidados continuados, de otimização dos cuidados de saúde primários e capacitação do doente.

Palavras-chave

Admissão inadequada; Internamento inadequado; *Appropriateness Evaluation Protocol*; Protocolo de Revisão de Utilização; Ferramentas de revisão

Abstract

The increase in the demand of health care combined with a higher cost in providing these same care, makes decreasing the health expenses an economic necessity.

One of the strategies to reach that goal are the politics related to the decrease of time that patients stay in the hospital, uma vez que several studies show that about one in three admissions is inappropriate and one third of the internamento days at the hospital inappropriate.

Therefore, the creation of tools that evaluate the adequação at the momento of admission in the hospital admission as well as it's duration, allowing to identify flaws and fix them, is one of the greatest challenges in hospital management.

This dissertation, through a biográfico revision, intends to presente the main tools of clinic revision created so far and a compilation of studies carried out, national and international, that use the *Appropriateness Evaluation Protocol*, the most used clinic revision tool worldwide.

Of the four national studies analyzed, the admissions inadequacy rate in hospital admission was between 19% and 24,6% and the percentage of inadequate hospital stay, only evaluated in two of the studies, was 37,4% and 46%. From the analysis of several studies conducted in several countries, the proportion of admission varied between 6,9% and 38,1%, in Europe, and 7,4% and 22,85%, in Asia. The American study presented values of 14,2%. Regarding the inadequacy of the days of hospitalizations, the values are slightly higher ranging between 11% and 54%, in Europe, 14,9% and 34,6%, in Asia, and the two studies conducted in American countries presented values of 9% and 22,8%.

The premature admission, the hospitalization to procedures wich could have been preformed in the outpatient clinic and the conservative practice were identified as the main causes of inadequacy of hospital admissions. As factors of inadequacy of the days of hospitalization were identified the conservative practice, the social problems and the lack of an alternative institution to transfer the patient.

With regard to strategies to reduce inadequate hospital admissions, interventions in internal hospital reorganization, articulation with the network of continued care, optimization of primary health care and patient empowerment should be emphasized.

Keywords

Inappropriate admission; Inappropriate internment; Appropriateness Evaluation Protocol; Usage Revision Protocol; Review tools

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Lista de Tabelas	xi
Lista de Acrónimos	xiii
Introdução	1
Metodologia	3
Capítulo I. Enquadramento teórico	5
1.1 Internamento hospitalar	5
1.2 Ferramentas de revisão de utilização	6
1.2.1 <i>Appropriateness Evaluation Protocol</i>	7
1.2.1.1 Protocolo de Revisão de Utilização	10
1.2.2 <i>Intensity-Severity-Discharge</i>	13
1.2.3 <i>Standardized Medreview Instrument</i>	13
1.2.4 Outras ferramentas de revisão	14
Capítulo II. Inadequação dos internamentos	15
2.1 Realidade nacional	15
2.2 Realidade internacional	16
2.2.1 Europa	16
2.2.2 Ásia	19
2.2.3 América	20
2.3 Síntese	20
Capítulo III. Causas de inadequação dos internamentos	21
3.1 Realidade nacional	21
3.2 Realidade internacional	22
3.3 Síntese	26
Capítulo IV. Estratégias para reduzir os internamentos inadequados	27
4.1 Reorganização interna hospitalar	27
4.2 Articulação com a rede de cuidados continuados	28
4.3 Otimização dos cuidados de saúde primários	29
4.4 Envolvimento dos profissionais de saúde	30
4.5 Capacitação do doente	30
Conclusões	33
Referências Bibliográficas	35

Lista de Tabelas

Tabela 1: Critérios de adequação de admissão no internamento e de estadia hospitalar da versão médico-cirúrgica para adultos internacional do AEP.	8
Tabela 2: Comparação entre versão original do AEP e a versão portuguesa - PRU.	11
Tabela 3: Resultados de estudos realizados em Portugal sobre inadequação dos internamentos.	16
Tabela 4: Resultados de estudos realizados em países europeus sobre inadequação dos internamentos.	17
Tabela 5: Resultados de estudos realizados em países asiáticos sobre inadequação dos internamentos.	19
Tabela 6: Resultados de estudos realizados em países americanos sobre inadequação dos internamentos.	20
Tabela 7: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em Portugal.	22
Tabela 8: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em países europeus.	23
Tabela 9: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em países asiáticos.	25
Tabela 10: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em países americanos.	26

Lista de Acrónimos

AEP	<i>Appropriateness Evaluation Protocol</i>
bpm	Batimentos por minuto
CO ₂	Dióxido de carbono
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DTO	<i>Delay Tool</i>
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
EUA	Estados Unidos da América
ISD	<i>Intensity-Severity-Discharge</i>
K	Potássio
L	Litro
MCAP	<i>Managed Care Appropriateness Protocol</i>
meq	Miliequivalentes
mmHg	Milímetros de mercúrio
Na	Sódio
OBSI	<i>Oxford Bed Study Instrument</i>
pH	Potencial de hidrogénio
MPAP	<i>Medical Patients Appropriateness Programme</i>
PRU	Protocolo de Revisão de Utilização
SMI	<i>Standardized Medreview Instrument</i>

Introdução

Atualmente, o sector da saúde é uma das áreas que mais recursos consome, sendo responsável por uma grande fatia das despesas públicas, apesar da contribuição para este sector estar a diminuir ao longo dos anos (1). Neste sentido, torna-se fundamental fazer uma boa gestão dos recursos alocados às organizações de saúde (2,3).

Há alguns anos atrás procuravam-se resultados, independentemente dos custos que estivessem associados à sua realização. Com a diminuição da contribuição económica para o sector, começou a ganhar peso o termo eficiência. Utilizar de forma eficiente os limitados recursos hospitalares disponíveis tornou-se a principal meta do Sistema de Saúde (4,5).

O aumento na procura dos cuidados de saúde aliado a um maior custo na prestação desses mesmos cuidados faz com que diminuir as despesas em saúde seja não apenas uma meta desejável, mas uma necessidade económica (6,7).

As medidas tomadas devem ter como condição necessária o não prejuízo da qualidade dos serviços prestados, sendo portanto fulcral centrar essas medidas de contenção de custos em serviços medicamente inapropriados (8-10).

Uma das estratégias para alcançar essa meta são as políticas relacionadas com a diminuição do tempo de permanência dos doentes no hospital, uma vez que diversos estudos demonstram que cerca de uma em cada três admissões é inapropriada e um terço dos dias totais de internamento no hospital são inadequados. Além disso, nestes internamentos hospitalares inadequados são também, habitualmente, prestados serviços que não apresentam vantagens significativas para o doente ou, nenhuma intervenção relevante é tomada durante a admissão (7-9).

Reduzir os internamentos inadequados representa inúmeras vantagens não apenas para o sistema de saúde, como para o próprio doente. Permite uma redução nas despesas como consequência da diminuição do uso desnecessário de recursos hospitalares, possibilita uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados uma vez que são reduzidos os procedimentos inadequados e proporciona um melhor acesso aos cuidados de saúde por parte daqueles que na verdade necessitam. Além do mais, manter o doente internado sem necessidade, afasta o utente da vida familiar e comunitária e ainda o expõe a riscos desnecessários como doenças iatrogénicas, infeções nosocomiais, depressão, perda de capacidade física, trombose venosa profunda e quedas que consequentemente aumentam os custos de saúde (6,11).

Desta forma, a criação de ferramentas que avaliam a adequação do momento de admissão no internamento hospitalar bem como da sua manutenção, permitindo identificar falhas e corrigi-las, é um dos maiores desafios da gestão hospitalar (5).

Programas de revisão de utilização hospitalar foram desenhados e têm sido conduzidos em vários países, demonstrando ser eficazes na redução das despesas dos cuidados de saúde. A utilização destes programas teve início nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1980, tendo depois sido colocados em prática por vários outros países. O objetivo principal destes programas de revisão de utilização é, utilizando um sistema de avaliação válido, permitir tomar decisões relativamente à adequação ou inadequação de determinado internamento (6,12,13).

Atualmente existem diversos instrumentos de revisão clínica, sendo que o mais utilizado a nível mundial é o *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) (6,12,13).

O objetivo principal desta dissertação é proceder a uma revisão das evidências científicas no que diz respeito às inadequações da admissão e permanência dos internamentos hospitalares, determinadas em estudos nacionais e internacionais.

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

- Apresentar dados estatísticos, através de estudos nacionais e internacionais, do número de doentes internados inadequadamente.
- Assinalar as principais causas de admissões e duração de internamentos inadequados.
- Apresentar estratégias que conduzam à redução dos internamentos inapropriados.

Após a apresentação da metodologia utilizada para a realização da presente dissertação, o trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos.

No capítulo I é feito um enquadramento teórico com uma breve definição e descrição do internamento hospitalar e uma revisão da literatura acerca das ferramentas de revisão de utilização. São apresentadas o *Appropriateness Evaluation Protocol*, o Protocolo de Revisão de Utilização que deriva do anterior, o *Intensity-Severity-Discharge*, o *Standardized Medreview Instrument*, e no último ponto é feita uma breve descrição de outras ferramentas. No capítulo II são apresentados diversos estudos, realizados a nível nacional e em diversos países internacionais, onde constatamos as percentagens de inadequação da admissão e de dias de internamento.

De seguida, no capítulo III, e com base nos estudos apresentados no capítulo anterior, são enunciadas as causas identificadas pelos diversos autores como responsáveis pelos valores de inadequação dos internamentos.

No capítulo IV são apresentadas possíveis estratégias para reduzir os internamentos inadequados, tanto ao nível da reorganização interna hospitalar, como da articulação com a rede de cuidados continuados, da otimização dos cuidados de saúde primários, como do envolvimento dos profissionais de saúde e da capacitação do doente.

Esta dissertação é finalizada com a apresentação das conclusões, dificuldades e limitações mais relevantes e perspectivas futuras para outros estudos.

Metodologia

Para a elaboração desta dissertação realizou-se, entre junho e novembro de 2017, uma pesquisa de artigos utilizando como principal base de dados o “PubMed” (disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) pela sua influência na comunidade médica e científica. Foram também utilizados outros motores de busca como “B-on” (disponível em <http://www.b-on.pt/>), “Medscape” (disponível em <http://www.medscape.com/>) e “SciELO” (disponível em <http://www.scielo.org>).

Para a seleção de artigos foram utilizadas palavras como “*Inappropriate admission*”, “*Inappropriate internment*”, “*Appropriateness Evaluation Protocol*”, “*Usage Revision Protocol*”, “*Review tools*”.

Não foi feita qualquer limitação na pesquisa tendo sido mais tarde selecionados os artigos com base na relevância do conteúdo, na atualidade da informação e na língua (artigos escritos em português, espanhol e inglês). Para a realização desta revisão bibliográfica foram utilizados artigos publicados entre 1986 e 2017.

Foram realizadas a comparação e confrontação de dados para a não duplicação dos resultados.

Capítulo I. Enquadramento teórico

A qualidade exigida nas respostas por parte do sector da saúde é cada vez maior. A esperança média de vida é significativamente superior comparativamente há uns anos atrás e as doenças crónicas são um desafio social neste século. Estes são fatores que classicamente contribuem para um aumento das despesas em saúde.

Os avanços tecnológicos têm permitido melhorar substancialmente os serviços prestados, contudo, com custos associados (14).

Para que seja possível manter a qualidade nos cuidados de saúde, e tendo consciência que os recursos existentes são sempre limitados, torna-se crucial fazer mais e melhor, com menos.

Por isso, uma das medidas para controlar as despesas passa pela redução do tempo de permanência dos doentes nos hospitais (15).

Este capítulo tem como objetivo a consolidação de conceitos chave para o desenvolvimento deste estudo. Neste sentido, faz-se um enquadramento teórico relativo ao internamento hospitalar e às ferramentas existentes para avaliação da sua adequação.

1.1 Internamento hospitalar

Entende-se por internamento o intervalo de tempo entre a admissão de um utente num hospital e a sua alta hospitalar, quer para diagnóstico quer para tratamento, tendo uma permanência de pelo menos 24 horas à exceção dos casos em que o doente venha a falecer, seja transferido ou abandone as instalações hospitalares contra indicação médica (16).

A proposta de admissão para internamento hospitalar pode ser feita a partir de uma consulta externa hospitalar, a pedido do médico de família ou médico particular onde é feita uma marcação prévia. É a chamada admissão programada, e destina-se habitualmente à realização de um procedimento cirúrgico ou a um tratamento de consolidação. A admissão pode ser feita também a partir do atendimento no serviço de urgência na qual não existe uma marcação prévia. É a chamada admissão não programada e resulta habitualmente da agudização de uma doença, de lesões traumáticas, intoxicações medicamentosas, entre outras. A admissão do doente pode ser ainda proveniente de um outro estabelecimento de saúde sendo denominada admissão externa (16).

Quem internar e porquê internar são questões com as quais frequentemente os clínicos se deparam (5). Esta deliberação exige não somente uma profunda preparação científica, mas também habilidades críticas de tomadas de decisão (17). É incontestável que esta acaba por se tornar uma decisão sujeita a alguma subjetividade, que no plano prático se pode refletir em admissões

inadequadas, o que de um ponto de vista económico irá contribuir para custos desnecessários (18,19).

Assim, um dos desafios da gestão hospitalar é a criação de ferramentas de avaliação que através de critérios claros e objetivos determinem a adequação de um internamento e permitam estabelecer estratégias com o intuito de corrigir os problemas encontrados, possibilitando uma maior eficiência na forma como são utilizados os limitados recursos de saúde (5).

1.2 Ferramentas de revisão de utilização

Uma das formas de controlar os custos dos cuidados de saúde é através da diminuição do tempo de permanência dos pacientes nos hospitais. Para tal, foram criados nos EUA, no ano de 1980, e posteriormente conduzidos em vários países, ferramentas de revisão de utilização para avaliar a adequação do internamento hospitalar bem como a sua manutenção através da aplicação de critérios objetivos. Assim, as ferramentas de revisão de utilização pretendiam reduzir as despesas em cuidados medicamente inapropriados (13). Embora tenham sido criadas para serem utilizadas durante o próprio internamento, foram também posteriormente utilizadas numa vertente retrospectiva para avaliar a utilização de recursos (20).

Para que possam ser utilizadas de forma mais ampla e variada em diversos tipos de doentes, as ferramentas são diagnóstico-independentes (19).

Existem três ferramentas amplamente utilizadas para este procedimento, a saber: o AEP, o conjunto de critérios *Intensity-Severity-Discharge* (ISD) e o *Standardized Medreview Instrument* (SMI). A necessidade de admissão hospitalar é determinada diariamente pela aplicação de um conjunto de critérios explícitos. Se estes forem cumpridos por um determinado dia, então esse dia de internamento hospitalar é considerado apropriado (20).

Werneke et al. (1997) afirmou que a adequação da hospitalização é um método valioso para monitorizar serviços. Deste modo, ao eleger uma ferramenta devemos ter em conta a sua plausibilidade, relevância e aceitabilidade dos critérios que engloba. É importante realçar que esses instrumentos só devem ser utilizados após se mostrarem válidos para o país em análise, uma vez que os instrumentos de revisão desenvolvidos num determinado sistema de saúde podem não ter aplicabilidade noutra (12).

1.2.1 *Appropriateness Evaluation Protocol*

O AEP foi desenvolvido em 1981 nos Estados Unidos da América, por *Gertman e Restuccia* (10).

Numa revisão sistemática, *McDonagh et al.* (2000) afirmou que o AEP era, das ferramentas disponíveis à data, a mais válida e confiável. De facto, tem sido o instrumento mais largamente testado e validado em vários países (10,11).

Todos os estudos que avaliaram o AEP mostraram uma grande capacidade de reprodução, resultados confiáveis em diferentes ambientes hospitalares e com diferentes perfis de revisores (6). Estima-se que tenha uma sensibilidade entre os 67% e os 85% e uma especificidade entre 74% e 94% (21).

Foi desenvolvido como um sistema objetivo, diagnóstico-independente, baseado em critérios para determinar prospectivamente a adequação da admissão hospitalar com base no estado clínico de um paciente e do nível de serviços prestados (8,10). Contudo, as formas originais e modificadas foram estudadas e utilizadas em muitos países mais comumente como uma ferramenta para determinar retrospectivamente os níveis de adequação de admissão (10).

É um instrumento aplicável a todos os pacientes adultos admitidos em um serviço médico ou cirúrgico e foi desenhado para que pudesse ser utilizado por pessoas não médicas podendo, em casos subjetivos, recorrer à opinião de clínicos (22).

Conforme abaixo apresentado na tabela 1, o AEP original compreende duas partes: uma primeira parte relativa aos critérios de admissão e uma segunda parte relativa aos critérios de duração do internamento, que são usados para definir, respetivamente, se a admissão de um paciente é apropriada e se é necessário ou não continuar a cuidar desse mesmo paciente. Para que a admissão/estadia em internamento hospitalar seja considerada apropriada, o paciente deve cumprir um desses critérios (10). Relativamente aos critérios de admissão, estes são divididos, de forma teórica, em duas partes: a primeira parte avalia o estado clínico do paciente (sinais vitais, alterações neurológicas, alterações na consciência, visão ou audição) e alterações nos exames complementares de diagnóstico (eletrocardiograma e ionograma); a segunda parte avalia a necessidade de cuidados clínicos, como a administração de medicação intravenosa, monitorização dos dados vitais a cada duas horas ou administração de medicação intramuscular a cada oito horas (11).

Tabela 1: Critérios de adequação de admissão no internamento e de estadia hospitalar da versão médico-cirúrgica para adultos do AEP internacional. [Adaptado de Bentes *et al.*, 1995 (23)]

APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL
<p>Critérios de adequação de admissão</p> <p>A. Critérios de gravidade da doença</p> <p>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 milímetros de mercúrio (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 (Temperatura axilar) ou superior a 38,3°C (Temperatura rectal) durante mais de 5 dias</p> <p>Hemorragia ativa</p> <p>Anomalias eletrolíticas graves/gases sanguíneos (qualquer um dos seguintes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sódio (Na) <123 miliequivalentes/litro (mEq/L) ou Na> 156 mEq/L • Potássio (K) <2,5 mEq/L ou K>6,0 mEq/L • Dióxido de Carbono (CO₂) (de forma aguda) <20 mEq/L • CO₂ (de forma aguda) > 36 mEq/L • Potencial de Hidrogénio (pH) arterial <7,30 • pH arterial > 7,45 <p>Dificuldade, aguda ou progressiva, sensorial, motora, 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</p> <p>Deiscência ou evisceração de ferida</p> <p>B. Intensidade dos serviços prestados</p> <p>Medicação intravenosa e/ou reposição de fluidos (não inclui alimentação entérica)</p> <p>Procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico dentro de 24 horas 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 2 horas 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 Unidade de Cuidados Intensivos</p>

(continua)

Tabela 1: (Continuação)

APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL
<p><i>Critérios de adequação de estadia hospitalar</i></p> <p>A. Cuidados médicos</p> <p>Intervenção cirúrgica no próprio dia (em 24 horas após a admissão)</p> <p>Intervenção em 24 horas exigindo avaliação pré-operativa intra hospitalar</p> <p>Cateterização cardíaca no próprio dia</p> <p>Angiografia no próprio dia</p> <p>Biopsia de órgãos internos no próprio dia</p> <p>Toracocentese ou paracentese no próprio dia</p> <p>Procedimentos invasivos do sistema nervoso central esse mesmo dia</p> <p>Qualquer exame médico que exija controlos dietéticos estritos</p> <p>Tratamento novo ou experimental que exija frequentes ajustes de doses com supervisão médica</p> <p>Supervisão por um médico pelo menos três vezes ao dia (documentado na história clínica)</p> <p>Procedimento invasivo nas últimas 24 horas (os sete primeiros parâmetros)</p> <p>B. Cuidados enfermagem</p> <p>Terapia respiratória por inalação e/ou ventilação mecânica pelo menos três vezes ao dia</p> <p>Terapia parenteral: administração endovenosa de líquidos, intermitente ou continua</p> <p>Monitorização dos sinais vitais, pelo menos de 30 em 30 minutos, durante um período mínimo de 4 horas</p> <p>Injeções intramusculares ou subcutâneas no mínimo 2 vezes por dia</p> <p>Medição do balanço hídrico</p> <p>Tratamento de feridas cirúrgicas major e drenagens (excluindo sonda alimentar e sonda urinária)</p> <p>C. Condição clínica do paciente</p> <p>No momento da avaliação ou nas últimas 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de urinar/defecar nas últimas 24 horas não atribuídas a problemas neurológicos <p>Dentro das 48 horas antes do momento da avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transusão devido a perdas de sangue • Fibrilhação ventricular ou evidencia eletrocardiográfica de isquemia aguda • Febre > 38°C • Coma • Estado confusional agudo (excluindo síndrome de abstinência alcoólica) • Sintomas ou sinais devido a alterações hemáticas agudas • Alterações neurológicas agudas progressivas

Os autores desta ferramenta, ao criarem uma lista tão concisa e objetiva de critérios, verificaram que algumas circunstâncias admissíveis de internamento não seriam englobadas, o que facilmente tornaria esta ferramenta desadequada para utilização na prática clínica. Assim, incluíram uma parte subjetiva, chamada de opção “substituição”. Esta opção permite ao revisor determinar uma admissão ou dia de internamento como apropriado, mesmo que nenhum critério tenha sido cumprido, com base no julgamento clínico (10,13).

Na verdade, o AEP fornece não apenas uma análise do nível de desempenho para os dias de internamento e admissões justificados, mas também determina as causas que levam a estadias injustificadas, que podem ser classificadas sobre duas vertentes: a nível dos cuidados (o doente deveria ter sido atendido numa instituição de saúde distinta) ou a nível do tempo de admissão (o doente foi admitido com antecedência/foi prolongada a sua estadia para prestação de serviços). Esta informação adicional revela-se particularmente interessante para os administradores hospitalares (19,22).

O AEP, mantém-se praticamente inalterado desde a data da sua criação, tendo sido, no entanto, criadas diversas versões adaptadas a grupos específicos de doentes e às condições de cada país (24). Existe, por exemplo, uma versão pediátrica (criada em 1988) em que alguns critérios são substituídos para parâmetros mais comuns a crianças (exemplo: patologias como enfarte do miocárdio e AVC são substituídos para abuso infantil e cuidados respiratórios por nebulização) (19).

Apesar da grande fiabilidade demonstrada pelos índices de sensibilidade e especificidade, esta ferramenta apresenta algumas limitações. Considera, à partida, a avaliação clínica como adequada e não tem em consideração a utilização inadequada de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e admite que os recursos alternativos apontados estão sempre disponíveis e as expectativas do doente e da própria família não são tidas em consideração. Também não é tida em consideração a situação socioeconómica e geográfica dos doentes (18,19,24,25).

1.2.1.1 Protocolo de Revisão de Utilização

Em 1984, foi desenvolvido em Portugal, um Protocolo de Revisão de Utilização (PRU) com o objetivo de melhorar os métodos na tomada de decisões clínicas (23).

Existindo em Portugal poucos recursos disponíveis, foi decidido que a melhor abordagem seria adaptar uma ferramenta de revisão de utilização já existente e que tivesse uma aplicação simples. *Bentes et al.* (1995) menciona que o AEP foi a ferramenta escolhida por representar um bom compromisso entre precisão e simplicidade de uso (23).

Foi determinado que o sucesso da aplicação em Portugal dependeria do grau em que os médicos estivessem envolvidos no seu *design* e implementação. Assim, ficou decidido que seriam os médicos a executar as tarefas de revisão, porque se concluiu que a adesão era menos provável se aqueles que aplicassem a ferramenta não estivessem envolvidos nas suas especificações. Além disso as decisões seriam feitas de forma menos efetivas pelos administradores se os médicos não participassem (23).

O projeto foi inicialmente implementado em 4 sítios piloto selecionados, tendo aumentado gradualmente o número de hospitais envolvidos. Cada hospital estabeleceu um painel composto por seis médicos (dois internistas, dois cirurgiões e dois pediatras) que aplicou o AEP existente e depois avaliou a adequação dos critérios e fez sugestões para revisão (23).

A diferença entre a prática clínica nos EUA e em Portugal, que inicialmente se pensou poder ser uma barreira significativa na aplicação da ferramenta, não se verificou (23). Além de pequenas mudanças na formulação dos critérios, algumas alterações importantes foram propostas para refletir a prática nacional tal como demonstrado na tabela 2. Em sublinhado estão evidenciadas as diferenças entre as duas versões.

Tabela 2: Comparação entre a versão original do AEP e a versão portuguesa - PRU. [Adaptado de Bentes *et al.*, 1995 (23)]

CRITÉRIOS DE ADEQUAÇÃO DE ADMISSÃO	
Original AEP	PRU
<p>A. Critérios de gravidade da doença</p> <p>Início repentino de perda da consciência ou desorientação (coma ou falta de resposta)</p> <p>Frequência Cardíaca: A. Menos de 50 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><u>Febre persistente igual ou superior a 37,8°C (Temperatura axilar) ou superior a 38,3°C (Temperatura rectal) durante mais de 5 dias</u></p> <p>Hemorragia ativa</p>	<p>A. Critérios de gravidade da doença</p> <p>Início repentino de perda da consciência ou desorientação</p> <p>Frequência Cardíaca: A. Menos de 50 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><u>Febre persistente igual ou superior a 37,5°C (Temperatura axilar) ou superior a 38°C (Temperatura rectal) durante mais de 5 dias</u></p> <p>Hemorragia ativa</p>

(continua)

Tabela 2: (continuação)

CRITÉRIOS DE ADEQUAÇÃO DE ADMISSÃO	
Original AEP	PRU
<p>A. Critérios de gravidade da doença</p> <p>Anomalia eletrolíticas graves/gases sanguíneos (qualquer um dos seguintes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Na <123 mEq/L ou Na> 156 mEq/L</u> • <u>K <2,5 mEq/L ou K>6,0 mEq/L</u> • <u>CO₂ (de forma aguda) <20 mEq/L</u> • <u>CO₂ (de forma aguda) > 36 mEq/L</u> • <u>pH arterial <7,30</u> • <u>PH arterial > 7,45</u> <p><u>Dificuldade, aguda ou progressiva, sensorial, motor, circulatória ou respiratória suficiente para incapacitar o doente (incapacidade de se mover, alimentar, respirar, etc.)</u></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</p> <p>Anomalia eletrolíticas graves/gases sanguíneos (qualquer um dos seguintes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Na <120 mEq/L ou Na> 155 mEq/L</u> • <u>K <2,5 mEq/L ou K>6,0 mEq/L</u> • <u>CO₂ (de forma aguda) <30 mmHg</u> • <u>CO₂ (de forma aguda) >50 mmHg</u> • <u>pH arterial <7,30</u> • <u>PH arterial > 7,45</u> <p>Eletrocardiograma com evidências de isquemia aguda ou enfarte do miocárdio Deiscência ou evisceração de ferida</p>
<p>B. Intensidade dos serviços prestados</p> <p>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 local • Uso de equipamentos, instalações, procedimentos disponíveis somente no hospital <p><u>Monitorização de sinais vitais a cada 2 horas ou mais frequentemente (incluindo telemetria ou monitor cardíaco de cabeceira)</u></p> <p><u>Quimioterapia que requer observação contínua para reações adversas com risco de vida</u></p> <p><u>Tratamento numa Unidade de Cuidados Intensivos</u></p> <p><u>Antibióticos intramusculares pelo menos a cada 8 horas</u></p> <p>O uso de suporte ventilatório intermitente ou contínuo pelo menos a cada 8 horas</p>	<p>B. Intensidade dos serviços prestados</p> <p>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 local • Uso de equipamentos, instalações, procedimentos disponíveis somente em regime de internamento <p><u>Monitorização de sinais vitais a cada 4 horas ou mais</u></p> <p><u>Terapia que requer observação contínua para reações adversas com risco de vida</u></p> <p>O uso de suporte ventilatório intermitente ou contínuo pelo menos a cada 8 horas</p>

Tal como o AEP, o PRU consiste num conjunto de critérios, que são aplicáveis a doentes que estejam internados, que permitem identificar e quantificar as admissões inadequadas e os dias de internamento inapropriados, bem como as respetivas causas.

Em 1985 foi desenvolvida uma versão de obstetrícia, em grande parte com base na versão médico-cirúrgica. Revisões significativas foram feitas em 1985, 1986 e 1989 tanto na versão médico-cirúrgica como na versão pediátrica (23).

A utilização do PRU permitiu verificar que esta é uma ferramenta clinicamente válida e um instrumento de revisão simples, de aplicação fácil, que permite a recolha de informações relevantes para identificação de problemas e tomada de decisões. É uma ferramenta de garantia de qualidade na medida em que encoraja evitar admissões desnecessárias e dias de permanência inadequados ajudando a garantir que os serviços prestados são de duração suficiente e frequência adequada em relação às necessidades médicas dos pacientes (23).

1.2.2 Intensity-Severity-Discharge

O ISD foi desenvolvido nos EUA em 1978 e utiliza indicadores clínicos objetivos para determinar o nível adequado de cuidados com base na gravidade da doença e na intensidade do serviço que o doente necessita de receber (8). É utilizado para determinar a adequação da admissão, dos serviços continuados e da alta. É uma ferramenta com 22 conjuntos de critérios, onde o primeiro conjunto se aplica a todos os doentes e os conjuntos seguintes são aplicados conforme as características de cada doente (19,26).

Esta ferramenta é utilizada nos serviços médicos, cirúrgicos, obstétricos e ginecológicos e foi criada uma versão adaptada para doentes psiquiátricos (27). Tal como acontece com o AEP, as admissões são consideradas apropriadas quando um dos critérios é cumprido, mas também o podem ser caso nenhum critério tenha sido cumprido e o clínico, devidamente justificado, julgue ser uma medida necessária (19,26).

Strumwasser et al. (1990) afirma que o ISD está classificado como uma ferramenta com moderada validade e alta confiabilidade (28).

1.2.3 Standardized Medreview Instrument

O SMI é uma ferramenta mais recente comparativamente às duas abordadas anteriormente (AEP e ISD). Foi desenvolvida em 1983 por *McGraw Hill*, nos EUA, com o objetivo de sintetizar as ferramentas já existentes. Tal como o AEP, o SMI contém duas partes de critérios: uma parte relativa à apropriação da admissão e outra parte sobre a apropriação dos dias de internamento. Os critérios foram desenhados para determinar quando é que a condição do paciente requeria a

prestação de serviços de nível hospitalar ou quando poderiam ser fornecidos por outro nível de cuidados (19,28).

Esta ferramenta possui 117 critérios de admissão divididos em quatro vertentes: anormalidades laboratoriais (28 critérios - por exemplo: hemoglobina inferior a 6g/dL ou hemoglobina superior a 18g/dL); problemas médicos/doenças/complicações médicas/cuidados cirúrgicos (47 critérios - ex: enfarte); sinais anormais (16 critérios - ex: distensão abdominal) e sintomas (24 critérios - hemorragia) (19,28).

Já relativamente aos dias de internamento, existem 56 critérios no SMI, 30 dos quais se referem a serviços médicos que estão a ser recebidos pelo paciente e 26 relativos à condição clínica deste. Tal como nas outras ferramentas, é considerada uma utilização inapropriada quando nenhum dos critérios é cumprido (19,28).

1.2.4 Outras ferramentas de revisão

Existem ainda outras ferramentas menos utilizadas, tendo a maioria sido desenhadas a partir do AEP. Como exemplo temos o *Managed Care Appropriateness Protocol (MCAP)*, o *Oxford Bed Study Instrument (OBSI)*, o *Medical Patients Appropriateness Programme (MPAP)* e o *Delay Tool (DTO)*.

O MCAP é uma ferramenta criada em 1996, a partir do AEP e, tal como este, consiste num conjunto de critérios de adequação de admissão hospitalar e de adequação de dias de internamento (20,29).

O OBSI foi desenvolvido em 1980, também a partir de uma ferramenta já existente, o AEP. É formado por um conjunto de 9 critérios considerados não tão objetivos comparativamente aos critérios do AEP (30).

O MPAP tem uma estrutura análoga ao AEP e ao OBSI e foi desenhada para ser utilizada junto ao doente, de forma fácil (25).

O DTO, ao contrário das ferramentas anteriores, não avalia a necessidade de admissão ou internamento, mas identifica dias de internamento desnecessários. É uma ferramenta que engloba um conjunto de 166 critérios (27).

Capítulo II. Inadequação dos internamentos

Cada vez mais, existe uma preocupação ao nível dos cuidados de saúde, em utilizar de forma apropriada os recursos hospitalares, por exemplo, aumentando a eficiência do internamento através da redução das admissões inapropriadas e estadias desnecessariamente prolongadas e desenvolvendo respostas alternativas a este procedimento e potencialmente mais benéficas para a saúde do doente.

De facto, uma admissão inadequada e um prolongamento do internamento para além do período vantajoso ao doente, acarreta inevitavelmente complicações que poderiam ser evitadas, como o aumento do risco de infeções nosocomiais, de depressão, quedas e agravamento dos estados de dependência (31-33).

Além destes inconvenientes que afetam diretamente o doente, também o próprio hospital fica a perder devido ao impacto destes internamentos na ocupação de camas hospitalares, com conseqüente aumento nos tempos de espera para internamentos eletivos com degradação dos cuidados de saúde do doente (34).

O objetivo deste capítulo consiste na apresentação de estudos nacionais e internacionais referentes à inadequação dos internamentos nas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas.

2.1 Realidade nacional

Até à data são poucos os estudos sobre inadequação de internamentos realizados em Portugal. Na tabela 3 são apresentados, resumidamente, os resultados dos estudos encontrados na pesquisa realizada.

O estudo realizado por Bentes *et al.* (1995) é o que apresenta uma maior amostra populacional, tendo sido compilados dados de estudos realizados entre 1990 e 1992 em 30 hospitais. Dois dos estudos foram realizados a sul do país (Elvas e Portimão) e em ambos foram avaliadas admissões no serviço de medicina interna. Podemos verificar que as taxas de admissão inadequadas avaliadas nos quatro estudos apresentados variam entre 19% e 24,6%. Apenas os estudos de Bentes *et al.* (1995) e Almeida *et al.* (2006) analisam também a percentagem de dias de internamento inadequado, tendo este valor sido superior, 37,4% num dos estudos e 46% no outro.

Tabela 3: Resultados de estudos realizados em Portugal sobre inadequação dos internamentos.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Número de admissões analisadas	% de admissões inadequadas	Número de dias analisados	% de dias de internamento inadequados
Bentes M, 1995 Multicêntrico (23)	Médico e Cirúrgico	7200	22%	Não mencionado	46%
Cordero A, 2004 Elvas (21)	Medicina Interna	565	19%	-	-
Almeida A, 2006 Covilhã (35)	Médico e Cirúrgico	690	24,6%	975	37,4%
Vieira N, 2006 Portimão (5)	Medicina Interna	72	20,8%	-	-

2.2 Realidade internacional

Com o intuito de facilitar a visualização e permitir, de forma mais fácil, uma interpretação dos resultados, os próximos estudos relativos às inadequações dos internamentos de outros países serão agrupados por continente.

2.2.1 Europa

Similarmente ao que se verifica a nível nacional, na Europa, e como se pode constatar pela análise da tabela 4, têm sido realizados poucos estudos sobre a temática em apreço.

Dos 23 estudos apresentados, 8 fazem uma análise das admissões no internamento, 10 avaliam os dias de internamento e 5 estudam ambos os parâmetros. Em todos, a amostra é de doentes de serviços tanto médicos como cirúrgicos à exceção dos estudos elaborados por *Fontaine et al.* (2006), *Jensen et al.* (2013), *Barisonzo et al.* (2001), *Gamper et al.* (2011) e *Chopard et al.* (1998), que resultam de dados do serviço de medicina interna, *Rodríguez et al.* (2004) do serviço de pneumologia, *Román et al.* (2009) do serviço de cardiologia e *Menu-Branthomme et al.* (2002) do serviço de gastroenterologia.

A taxa de admissões inadequadas variou entre 6,9% e 38,1%, já a percentagem de dias de internamento inapropriados oscilou entre 11% e 54% sendo que *d'Alché-Gautier et al.* (2004) distinguiu esses valores entre serviços médicos, com 10,9% de estadias inadequadas, e serviços cirúrgicos com 7%.

Tabela 4: Resultados de estudos realizados em países europeus sobre inadequação dos internamentos.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Número de admissões analisadas	% de admissões inadequadas	Número de dias analisados	% de dias internamento inadequados
<i>Fontaine P, 2006</i> Bélgica (22)	Medicina Interna	-	-	10921	24,61%
<i>Rasmussen L, 2005</i> Dinamarca (36)	Médico e Cirúrgico	-	-	738	32,1%
<i>Brabrand M, 2011</i> Dinamarca (37)	Médico e Cirúrgico	3050	38,1%	-	-
<i>Jensen H, 2013</i> Dinamarca (38)	Medicina Interna	470	14%	-	-
<i>Baré M, 1995</i> Espanha (39)	Médico e Cirúrgico	639	9,1%	6731	29,2%
<i>García J, 2001</i> Espanha (40)	Médico e Cirúrgico	-	-	1046	16,8%
<i>Rodríguez F, 2004</i> Espanha (41)	Pneumologia	-	-	1166	11%
<i>Velasco L, 2005</i> Espanha (42)	Médico e Cirúrgico	622	10,1%	-	-
<i>Alcadea F, 2008</i> Espanha (43)	Médico e Cirúrgico	-	-	23183	34,17%
<i>Prat A, 2008</i> Espanha (44)	Médico e Cirúrgico	401	6,9%	2187	12,2%
<i>Román J, 2009</i> Espanha (45)	Cardiologia	-	-	818	27%
<i>Soria-Aledo V, 2009</i> Espanha (46)	Médico e Cirúrgico	725	7,4%	1350	24,6%

(continua)

Tabela 4: (Continuação)

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Número de admissões analisadas	% de admissões inadequadas	Número de dias analisados	% de dias internamento inadequados
<i>Menu-Branthomme A, 2002</i> França (47)	Gastroente- -rologia	-	-	2151	41%
<i>d'Alché-Gautier M, 2004</i> França (48)	Médico e Cirúrgico	-	-	2180	10,9% (Serviços médicos) 7% (Serviços cirúrgicos)
<i>Angelillo I, 2000</i> Itália (49)	Médico e Cirúrgico	-	-	1299	37,3%
<i>Lombardi A, 2000</i> Itália (50)	Médico e Cirúrgico	160	16%	-	-
<i>Barisonzo R, 2001</i> Itália (51)	Medicina Interna	-	-	438	44,6%
<i>Gamper G, 2011</i> Itália (52)	Medicina Interna	345	28,1%	-	-
<i>Attena F, 2001</i> Itália (53)	Médico e Cirúrgico	533	15,8%	-	-
<i>Griffiths P, 2005</i> Itália (54)	Médico e Cirúrgico	211	44%	-	-
<i>Sticca G, 2006</i> Itália (55)	Médico e Cirúrgico	224	37,9%	-	-
<i>Hrobon P, 1998</i> República Checa (56)	Médico e Cirúrgico	260	24%	1869	54%
<i>Chopard P, 1998</i> Suíça (57)	Medicina Interna	500	15%	5665	28%

2.2.2 Ásia

Conforme os dados apresentados na tabela 5, dos 8 estudos apresentados no continente asiático, 4 fazem uma análise das admissões no internamento, 3 avaliam os dias de internamento e apenas 1 estuda ambos os parâmetros. Em todos a amostra é de doentes de serviços tanto médicos como cirúrgicos à exceção do estudo elaborado por *Didzar et al.* (2005) em que apenas são analisadas admissões no serviço de medicina interna.

A taxa de admissões inadequadas variou entre 7,4% e 22,85%, já a percentagem de dias de internamento inapropriados oscilou entre 14,9% e 34,6%.

Tabela 5: Resultados de estudos realizados em países asiáticos sobre inadequação dos internamentos.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Número de admissões analisadas	% de admissões inadequadas	Número de dias analisados	% de dias de internamento inadequados
<i>Hwang J</i> , 2011 Coreia (58)	Médico e Cirúrgico	-	-	4644	14,9%
<i>Hatam N</i> , 2007 Irão (33)	Medico e Cirúrgico	1244	22,85%	-	-
<i>Ghods A</i> , 2014 Irão (59)	Médico e Cirúrgico	300	7,4%	905	22,1%
<i>Tavakoli N</i> , 2015 Irão (32)	Médico e Cirúrgico	198	16,2%	-	-
<i>Mahmood M</i> , 2016 Irão (60)	Médico e Cirúrgico	400	7,6%	-	-
<i>Merom D</i> , 1998 Israel (61)	Médico e Cirúrgico	-	-	1003	18,1%
<i>Letaief M</i> , 2005 Tunísia (62)	Médico e Cirúrgico	411	21%	-	-
<i>Didzar O</i> , 2005 Turquia (63)	Medicina Interna	-	-	402	34,6%

2.2.3 América

A pesquisa relativa ao continente americano apenas permitiu obter dois estudos, ambos analisando admissões nos serviços médicos e cirúrgicos. Conforme apresentado na tabela 6, o estudo de *Doyle et al.* (1998) identificou taxas de admissão inadequadas de 14,2% e 22,8% de dias de internamento inadequados. Já *Restuccia et al.* (1986), que apenas analisou a percentagem de dias de internamento inadequados, obteve no seu estudo um valor de 9%.

Tabela 6: Resultados de estudos realizados em países americanos sobre inadequação dos internamentos.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Número de admissões analisadas	% de admissões inadequadas	Número de dias analisados	% de dias internamento inadequados
<i>Doyle M</i> , 1998 Canadá (64)	Médico e Cirúrgico	2007	14,2%	14194	22,8%
<i>Restuccia J</i> , 1986 (7) Massachusetts	Médico e Cirúrgico	-	-	8031	9%

2.3 Síntese

Tendo em conta as diferentes metodologias utilizadas em cada estudo, as variações na amostra e no serviço onde os dados foram recolhidos e as próprias diferenças na prática clínica de cada país, torna-se difícil a retirada de conclusões.

Contudo verifica-se que tanto em Portugal, como na Europa, Ásia e América, a percentagem de dias de internamento inadequados é sempre superior à percentagem de admissões inadequadas. O mesmo se verifica se observarmos individualmente cada um dos países em que existem estudos onde é feita a pesquisa quer das admissões inadequadas quer das estadias inapropriadas.

É possível também constatar que a análise da adequação dos internamentos é feita em grau superior na Europa comparativamente aos restantes continentes. De realçar o facto de que na pesquisa realizada não foi possível obter nenhum estudo de países africanos.

Conclui-se que a taxa de admissões inadequadas em Portugal se encontra em linha com a apresentada pelos restantes países. Por sua vez os valores relativos aos dias de internamento inadequados revelam ser um pouco superior aos restantes observados.

Capítulo III. Causas de inadequação dos internamentos

Devido às restrições orçamentais vigentes em vários países, incluindo Portugal, os médicos e gestores na área da saúde viram-se obrigados a identificar situações nas quais procedimentos desnecessários estivessem a contribuir para gastos hospitalares.

Identificar a falha é o primeiro passo na resolução de qualquer problema. Em todos os internamentos deve ser motivo de preocupação descobrir as razões de uma má admissão ou de um prolongamento indevido do internamento.

Uma admissão inadequada refere-se à admissão de pacientes para os quais existe uma outra opção, à partida associada a menos custos/complicações, que permita oferecer o tratamento que este precisa e que possa ser providenciada por outra instituição que não o hospital (59). Dias de internamento inapropriado dizem respeito a dias em que um paciente recebe tratamento médico ou dispõe de serviços hospitalares não sendo vantajoso para este (58).

O objetivo deste capítulo consiste na identificação das causas de inadequação e prolongamento de internamentos, pois a sua resolução poderá evitar complicações clínicas e gastos financeiros desnecessários.

3.1 Realidade nacional

Como se pode observar na tabela 7, o internamento para procedimentos que poderiam ter sido realizadas em ambulatório, a admissão prematura, a admissão de pacientes que não requeriam de cuidados agudos e a prática conservadora foram apontadas como as principais causas de admissões inadequadas (5,20,22,34).

Cordero et al. (2004) justifica que a admissão de doentes para realização de estudos complementares de diagnósticos foi feita para tornar o processo menos moroso e a administração de determinadas terapêuticas a nível hospitalar, sobretudo por questões de comodidade para o doente.

Relativamente às causas de inadequação da duração do internamento, a prática conservadora e a inexistência de instituições alternativas são os fatores identificados (22,34).

Tabela 7: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em Portugal.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Causas de admissões inadequadas	Causas de inadequação da duração do internamento
Bentes M, 1995 Multicêntrico (23)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Apenas necessita de cuidados de ambulatório Admissão prematura 	<ul style="list-style-type: none"> Prática conservadora Inexistência de instituições alternativas
Cordero A, 2004 Elvas (21)	Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> Procedimentos que podem ser realizados em ambulatório Admissão prematura Não necessita de cuidados agudos 	-
Almeida A, 2006 Covilhã (35)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Prática conservadora Admissão prematura 	<ul style="list-style-type: none"> Prática conservadora
Vieira N, 2006 Portimão (5)	Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> Admissão prematura Não necessita de cuidados agudos 	-

3.2 Realidade internacional

As causas identificadas como responsáveis por admissões inadequadas pelos autores dos estudos nacionais, são também as mais frequentemente apontadas nos estudos internacionais como se pode verificar nas tabelas 8, 9 e 10. Além da admissão prematura (37,44,50,54,57,59,60,64), da realização de procedimentos e/ou terapêutica que poderiam ter sido realizados em ambulatório (37,39,42,44,50,55,53) da não necessidade de cuidados agudos (38,52,56) e da prática conservadora (33,62), alguns autores chegaram a conclusões curiosas. *Tavakoli et al.* (2015) inferiu que ser casado e ser proveniente da província são fatores de admissão inadequada. *Attena et al.* (2001) conclui que doentes do sexo feminino e admissão nos meses de verão têm maior taxa de inapropriação.

Relativamente às causas de inadequação da duração do internamento, também as referidas pelos autores dos estudos nacionais voltam a ser identificadas em diversos estudos internacionais, sendo as mais frequentes, o aguardar por resultados de exames complementares de diagnóstico (22,36,41,44,45,51,56,58,59,61,63), a prática conservadora por parte dos médicos (41,49,51,59,61,64), a inexistência de instituições alternativas (22,36,44,48) e o facto do doente ser um paciente idoso (7,43,47,57).

A conclusões pertinentes chegaram *Prat et al.* (2008), que refere que lacunas de informação no processo clínico do doente são um dos fatores que prolongam inadequadamente o tempo de

internamento, e *Barisonzo et al.* (2001), que conclui que falhas no planeamento da alta também contribuem para a percentagem de internamentos inapropriados.

Outros fatores apontados em alguns estudos são o facto do doente viver sozinho e de ser internado fora da sua área de residência e da admissão ter sido programada.

São apresentadas na tabela 8 as causas de inadequação de estudos realizados em países europeus.

Tabela 8: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em países europeus.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Causas de admissões inadequadas	Causas de inadequação da duração do internamento
<i>Fontaine P</i> , 2006 Bélgica (22)	Medicina Interna	-	<ul style="list-style-type: none"> Aguarda resultados de exames complementares de diagnóstico (ECD) Inexistência de instituições alternativas Aguarda procedimento cirúrgico
<i>Rasmussen L</i> , 2005 Dinamarca (36)	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de instituições alternativas Aguarda resultados de ECD
<i>Brabrand M</i> , 2011 Dinamarca (37)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Admissão prematura Procedimentos que podem ser realizados em ambulatório 	-
<i>Jensen H</i> , 2013 Dinamarca (38)	Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> Não necessita de cuidados agudos 	-
<i>Baré M</i> , 1995 Espanha (39)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Terapêutica que pode ser realizada em ambulatório 	<ul style="list-style-type: none"> Admissão inapropriada Prática conservadora
<i>García J</i> , 2001 Espanha (40)	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> Duração do internamento Diagnóstico de admissão
<i>Rodríguez F</i> , 2004 Espanha (41)	Pneumologia	-	<ul style="list-style-type: none"> Prática conservadora Aguarda resultados de ECD
<i>Velasco L</i> , 2005 Espanha (42)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Procedimentos e/ou terapêutica que podem ser realizados em ambulatório 	-
<i>Alcadea F</i> , 2008 Espanha (43)	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> Admissões programadas Sexo feminino Idade superior a 65 anos

(continua)

Tabela 8: (Continuação)

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Causas de admissões inadequadas	Causas de inadequação da duração do internamento
<i>Prat A</i> , 2008 Espanha (44)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura • Procedimentos e/ou terapêutica que podem ser realizados em ambulatório 	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão inapropriada • Duração do internamento • Inexistência de instituições alternativas • Aguarda resultados de ECD • Lacunas de informação no processo clínico
<i>Román J</i> , 2009 Espanha (45)	Cardiologia	-	<ul style="list-style-type: none"> • Aguarda resultados de ECD • Admissão inapropriada
<i>Soria-Aledo V</i> , 2009 Espanha (46)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Jovem 	<ul style="list-style-type: none"> • Internamento fora da área de residência
<i>Menu-Branthomme A</i> , 2002 França (47)	Gastroenterologia	-	<ul style="list-style-type: none"> • Idoso • Vive sozinho • Sem doença gastro-intestinal
<i>d'Alché-Gautier M</i> , 2004 França (48)	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de instituições alternativas
<i>Angelillo I</i> , 2000 Itália (49)	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão inapropriada • Prática conservadora
<i>Lombardi A</i> , 2000 Itália (50)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura • Procedimentos que podem ser realizados em ambulatório 	-
<i>Barisonzo R</i> , 2001 Itália (51)	Medicina Interna	-	<ul style="list-style-type: none"> • Duração do internamento superior a 10 dias • Prática conservadora • Falha o planeamento da alta • Aguarda resultados de ECD
<i>Gamper G</i> , 2011 Itália (52)	Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Idoso • Não necessita de cuidados agudos 	-
<i>Attena F</i> , 2001 Itália (53)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino • Meses de verão 	-

(continua)

Tabela 8: (Continuação)

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Causas de admissões inadequadas	Causas de inadequação da duração do internamento
<i>Griffiths P</i> , 2005 Itália (54)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura 	-
<i>Sticca G</i> , 2006 Itália (55)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos que podem ser realizados em ambulatório 	-
<i>Hrobon P</i> , 1998 República Checa (56)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Não necessita de cuidados agudos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aguarda procedimento cirúrgico • Aguarda resultados de ECD
<i>Chopard P</i> , 1998 Suíça (57)	Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura 	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão inapropriada • Idoso • Duração do internamento

Tal como acontece nos estudos realizados em países europeus, também nos estudos realizados em países asiáticos é possível verificar uma concordância ao nível das causas de inadequação de internamentos como se pode verificar na tabela 9.

Tabela 9: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em países asiáticos.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Causas de admissões inadequadas	Causas de inadequação da duração do internamento
<i>Hwang J</i> , 2011 Coreia (58)	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> • Aguarda resultados de ECD
<i>Hatam N</i> , 2007 Irão (33)	Medico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Prática conservadora • Procedimentos que podem ser realizados em ambulatório 	-
<i>Ghods A</i> , 2014 Irão (59)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática conservadora • Aguarda ECD
<i>Tavakoli N</i> , 2015 Irão (32)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes casados • Doentes provenientes da província 	-
<i>Mahmood M</i> , 2016 Irão (60)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão prematura • Sexo feminino 	-
<i>Merom D</i> , 1998 Israel (61)	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> • Prática conservadora • Aguarda ECD

(continua)

Tabela 9: (Continuação)

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Causas de admissões inadequadas	Causas de inadequação da duração do internamento
<i>Letaief M</i> , 2005 Tunísia (62)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Prática conservadora 	-
<i>Dizdar O</i> , 2005 Turquia (63)	Medicina Interna	-	<ul style="list-style-type: none"> Atraso na realização de ECD Aguarda resultados de ECD

Por fim, na tabela 10, são exibidas as causas de admissões inadequadas e de duração inapropriada dos internamentos.

Tabela 10: Causas de inadequação de internamentos de estudos realizados em países americanos.

Autor, Ano, Local de Estudo	Serviço de Admissão	Causas de admissões inadequadas	Causas de inadequação da duração do internamento
<i>Doyle M</i> , 1998 Canadá (64)	Médico e Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Admissão prematura 	<ul style="list-style-type: none"> Prática conservadora
<i>Restuccia J</i> , 1986 (7) Massachusetts	Médico e Cirúrgico	-	<ul style="list-style-type: none"> Duração do internamento Idoso

3.3 Síntese

Após a análise de todas as causas de internamentos inadequados identificadas nos 37 estudos apresentados, é evidente que existem algumas que são frequentemente apontadas. Tal constatação leva a crer, que após a realização destes estudos, poucas ou nenhuma medida de superação são implementadas pelas instituições, já que as mesmas causas de inadequação de internamentos vão sendo repetidas em estudos realizados nos mesmos países anos depois.

Com estratégias para atuação nos pontos mais referidos, tais como, a admissão prematura, a admissão de pacientes que não requeriam de cuidados agudos, a prática conservadora, a inexistência de instituições alternativas, a realização de procedimentos/terapêutica que poderiam ser realizados em ambulatório e a demora na realização/obtenção de ECD, seria possível reduzir em larga percentagem os valores de inadequação de internamentos obtidos por estes estudos.

Capítulo IV. Estratégias de redução dos internamentos inadequados

Uma das finalidades da aplicação das ferramentas de revisão de utilização é, após a análise dos resultados obtidos, identificar as principais causas que levam a admissões/dias de internamento inapropriados para que se possam determinar as estratégias que devem ser aplicadas para diminuir esses números.

Com base nas principais causas de falha na admissão no internamento/dias de internamento, é possível encontrar soluções que nos permitam determinar a melhor opção para benefício do doente.

Recolocar eficientemente os pacientes permitirá obter mais camas livres para doentes que realmente precisam de internamento e, além disso, diminuirão as possíveis complicações associadas a este (infecção nosocomial, eventos tromboticos, quedas, entre outros) e diminuirão também os custos associados a procedimentos e serviços não necessários. Para essa recolocação, o requisito será em primeiro lugar identificar as suas necessidades e, em segundo lugar, determinar o local apropriado onde o doente deve ser colocado. Contudo, são poucas as instituições que após os estudos implementam alterações e, quando alguma intervenção é feita, pouco é sabido sobre o seu efeito na redução dos internamentos inadequados (6,25,65).

O objetivo deste capítulo consiste na definição de estratégias com vista à superação das principais causas identificadas no capítulo anterior.

4.1 Reorganização interna hospitalar

Algumas das estratégias de redução dos internamentos inadequados passam por reformulações de aspetos estruturais associados ao próprio funcionamento hospitalar. Para atingir esses objetivos, os hospitais deverão concretizar um conjunto de mudanças, que passam por uma reorganização interna e promoção de melhor gestão, combatendo a inapropriação e assegurando a coordenação de cuidados e a articulação com outros serviços.

Uma das causas mais frequentemente apontadas como causa de internamento inadequado é a demora na realização ou obtenção dos exames complementares de diagnóstico. Uma melhor articulação e aperfeiçoamento das vias de comunicação dos serviços de internamento com os serviços que executam os exames complementares poderiam tornar mais célere a sua marcação, realização e disponibilização de resultados. A realização dos mesmos exames em ambulatório,

pelos doentes cujo estado clínico não exija cuidados de internamento ou a espera pelos seus resultados após a alta, com posterior reavaliação do caso em consulta externa, permitiriam libertar vagas de internamento para outros casos de agudos, cuja gravidade exija internamento urgente para estabilização e tratamento.

4.2 Articulação com a rede de cuidados continuados

São maioritariamente os doentes mais idosos, que se encontram numa situação de maior dependência necessitando de maior suporte familiar ou institucional no momento da alta hospitalar, que são os principais causadores de muitos dos dias de internamento inadequados. Muitas das vezes, o internamento que habitualmente é prolongado, agrava o estado cognitivo e a capacidade funcional destes doentes, requerendo uma reorganização da família que os iria receber. No caso das famílias que não se conseguem adaptar às novas necessidades do idoso e que não têm maneira de prestar a assistência devida decidem, habitualmente, solicitar uma vaga em unidades de apoio. Este é um processo muitas vezes demorado, que requer o cumprimento de inúmeras burocracias por parte dos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e da própria família.

Em 2001, o sistema de saúde português comportava um total de 38 452 camas de internamento, que estavam na sua maioria vocacionadas para episódios agudos de doença, com duração de internamento previsivelmente curta. Para colmatar a necessidade de prestação de cuidados de longa duração, em 2003, foi aprovada a Rede de Cuidados Continuados, constituída por entidades públicas, sociais e privadas habilitadas à recuperação ou manutenção do conforto e qualidade de vida de doentes dependentes ou funcionalmente limitados. Determinou-se que esta rede funcionaria em regime de complementaridade e estreita articulação com os cuidados de saúde primários e hospitalares (66,67).

O aumento da esperança média de vida da população e o crescimento no número de doentes com doença crónica potencialmente indutora de incapacidade e dependência de terceiros criaram novas necessidades no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, exigindo a integração de um forte componente de apoio psicossocial. Os serviços de cuidados continuados foram criados com o objetivo de preencher uma lacuna ao nível da assistência intermédia entre a atuação dos cuidados primários e dos hospitais. Os cuidados continuados são constituídos por unidades de internamento adaptadas, unidades de dia de reabilitação funcional e unidades móveis de prestação de cuidados ao domicílio (68).

Uma revisão recente de *Curry et al.* (2010) mostrou evidência entre uma boa resposta da rede de cuidados continuados e a diminuição nas admissões inapropriadas. Um estudo realizado em Itália mostrou que a assistência social e médica integrada para idosos frágeis estava associada a menos admissões hospitalares inadequadas. Um outro estudo realizado nos Estados Unidos, chegou às

mesmas conclusões. Num estudo realizado no Reino Unido, chegaram à conclusão que o fornecimento de cuidados integrados às pessoas idosas de maior risco, que exigiam apoio intensivo, resultou numa redução nas admissões hospitalares (69,70).

Contudo, atualmente, os cuidados disponíveis para as necessidades do país, especialmente da população idosa são ainda inadequados, sendo clara a insuficiência na prestação de assistência no domicílio e a dificuldade na equidade de acesso aos serviços de saúde, levando a internamentos inadequados e potencialmente evitáveis e obrigando a que os doentes tenham de permanecer no hospital a ocupar uma cama, que poderia ser utilizada para quem de cuidados médicos efetivamente necessita, enquanto aguardam que surja uma vaga numa instituição alternativa (68).

4.3 Otimização dos cuidados de saúde primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem a primeira linha de contacto da população geral com o Sistema de Saúde. Diversos estudos apontam os CSP como elemento chave de um sistema de saúde eficaz e eficiente (71,72).

Os CSP permitem uma continuidade no acompanhamento que é feito aos doentes, tendo essa continuidade particular importância nos doentes em condições mais vulneráveis (73).

Gill et al. (1998) faz referência no seu estudo aos benefícios que este seguimento acarreta tanto para os pacientes como para os próprios profissionais de saúde. Por um lado os pacientes demonstram maior satisfação com os cuidados recebidos, apresentam maior predisposição a adotar os conselhos dados pelo médicos, seguem corretamente a medicação prescrita e é menos provável que necessitem de hospitalizações. Por outro lado os médicos, por terem um contacto mais próximo e continuado com o paciente possuem maior probabilidade de efetuarem diagnósticos corretamente (74). Segundo *Gill et al. (2000)* é evidente uma relação entre a descontinuidade da assistência por parte dos CSP e o aumento do uso dos serviços de urgência e internamentos (75).

Existe um volume de atividade hospitalar potencialmente evitável pela prestação de cuidados oportunos e efetivos por parte dos cuidados primários. Os CSP atuam na prevenção primária, no diagnóstico precoce, no tratamento oportuno e atempado, e no controlo e acompanhamento adequados. A proximidade e continuidade no seguimento que é feito pelos médicos de medicina geral e familiar permite uma intervenção no momento mais apropriado durante o curso natural da doença. Tanto doenças agudas como crónicas foram, no estudo de *Homar et al. (2002)*, consideradas sensíveis a uma ou mais intervenções nos cuidados primários. No caso das doenças crónicas, o resultado previsível não é a sua eliminação, mas uma diminuição nas complicações agudas e crónicas com uma consequente redução nos internamentos e readmissões hospitalares (27).

4.4 Envolvimento dos profissionais de saúde

É frequentemente referido que envolver os profissionais de saúde no processo de avaliação da adequação dos internamentos é extremamente importante (76).

Um estudo de *Antón et al.* (2007) conclui que particularmente quando a causa do prolongamento de dias de internamento se deve a problemas de gestão médica, ações combinadas, incluindo um envolvimento direto dos médicos na aplicação de ferramentas de utilização com um posterior *feedback* ativo permite alcançar melhorias substanciais nesta dinâmica.

No caso do estudo referido, a intervenção seguiu várias fases, tendo sido, em primeiro lugar, apresentado o conceito de hospitalização inadequada e das causas mais frequentes e do tipo e forma de ferramenta a ser aplicada com um posterior *feedback* aos médicos sobre os seus próprios resultados (25).

Uma das causas apontadas para o prolongamento inadequado dos dias de internamento foi a falta de planeamento da alta hospitalar. Para que a alta ocorra em tempo útil e seja considerada adequada, é imprescindível um envolvimento de todos os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, e da própria equipa de assistência social. O trabalho multidisciplinar é indispensável na gestão dos tempos de internamento.

4.5 Capacitação do doente

Segundo o Plano Nacional de Saúde, o cidadão é considerado o centro do Sistema de Saúde, decisor, gestor e coprodutor de saúde, agente de mudança e contribuinte ativo (68).

A capacitação pode definir-se como a aptidão de um paciente compreender e lidar com os seus problemas de saúde. Este conceito está ligado a resultados de saúde, tais como a autogestão de doenças crónicas e a melhoria da qualidade de vida (77).

Há evidências de que a capacitação dos doentes parece ser efetiva na redução de admissões não planeadas. Esta situação é particularmente evidente em algumas doenças como a doença pulmonar obstrutiva crónica e a asma. A capacitação, que ocorre através da aquisição de competências e conhecimentos essenciais, obtidos com um maior acesso à informação, educação relativamente aos problemas de saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controlo, permitem que o paciente desenvolva uma compreensão da sua condição e da forma como deve lidar com os seus sintomas (69).

Num estudo realizado por *Freund et al.* (2012) uma grande percentagem dos médicos referia o medo dos pacientes como uma característica crucial de alguns internamentos. Em vários casos, os

médicos também se referiram ao contexto cultural do paciente como um fator que contribuiu para a hospitalização. Em alguns casos, os pacientes ou os seus cuidadores atrasaram a procura de ajuda, o que resultou num internamento que poderia ter sido evitado. Também foram referidos alguns erros relativamente à toma da medicação por parte do paciente como causa de alguns internamentos, principalmente em regimes terapêuticos de doentes diabéticos. A não adesão à medicação prescrita por pacientes emergiu como uma causa essencial dos internamentos por quase todos os médicos que foram entrevistados no estudo (78).

Conclusões

Ao longo desta investigação, que culminou com a elaboração desta dissertação, foi evidente que os desperdícios e a utilização ineficiente dos recursos acarretam um acréscimo significativo nas despesas das instituições de saúde, confrontando as mesmas com a necessidade de recorrerem a novos métodos e técnicas de gestão que melhorem a sua prestação.

A avaliação sistemática da adequação do internamento com o objetivo de averiguar se os doentes estão a receber os cuidados adequados e no tempo estritamente necessário, com a posterior identificação das situações em que tal não acontece, constitui um excelente meio de controlar os custos e de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

As admissões inadequadas e o prolongamento dos episódios de internamento hospitalar, para além de estarem associadas a maiores custos, conduzem a complicações evitáveis para o doente. Além disso, uma redução de internamentos e estadias inadequadas está associada a uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, com cuidados hospitalares reservados àqueles que realmente deles necessitam.

Inúmeras são as ferramentas de revisão clínica existentes, sendo o AEP, que tem uma versão portuguesa, o PRU, a mais utilizada devido à sua fácil aplicação e à validade do ponto de vista clínico. Os estudos desenvolvidos nos hospitais têm demonstrado a grande aceitação que este instrumento vem merecendo por parte dos médicos e administradores, tendo sido possível determinar percentagens de inapropriação de admissões e de dias de internamento inadequados, bem como identificar as suas principais causas.

Apesar da relevância do problema, não existem muitos estudos realizados em Portugal. Nos 4 estudos apresentados, a taxa de inadequação das admissões variou entre 19% e 24,6%. Apenas 2 estudos abordavam o prolongamento dos dias de internamentos com valores de inadequação de 37,4% e 46%.

Da análise de diversos estudos feitos em vários países, a proporção de inadequação das admissões variou entre 6,9% e 38,1%, na Europa, e 7,4% e 22,85%, na Ásia. O estudo americano apresentou valores de 14,2%. Já relativamente à inadequação dos dias de internamentos, os valores são um pouco superiores variando entre 11% e 54%, na Europa, 14,9% e 34,6%, na Ásia, e os dois estudos realizados em países americanos apresentaram valores de 9% e 22,8%.

Foram diversas as causas apontadas nos vários estudos para estes valores, sendo que se destacam o internamento para procedimentos ou tratamentos que poderiam ter sido realizados em ambulatório, a prática conservativa por parte dos profissionais de saúde e a demora na execução ou obtenção dos resultados dos meios complementares de diagnóstico.

Um dos objetivos da análise destes estudos consistiu na identificação de estratégias de superação das causas que levavam aos internamentos inadequados, concretamente, a melhoria do funcionamento dos hospitais que poderá conseguir-se através da melhoria da sua organização interna e externa e dos mecanismos de responsabilização e avaliação, garantindo a melhoria da informação clínica e de gestão, a coordenação e a articulação com outros níveis de cuidados de saúde e sociais.

Em suma, a inadequação dos internamentos é um problema complexo, que envolve muitas entidades e infraestruturas, mas assume-se, que a introdução do PRU na rotina dos hospitais com a identificação das lacunas e posterior implementação de medidas para a sua resolução, contribuirá para uma substancial diminuição da utilização inapropriada dos recursos e para a melhoria geral do funcionamento hospitalar.

Esta dissertação não teve a pretensão de esgotar o assunto, pois, ainda há muito que pesquisar e estudar a este respeito.

Seja qual for a natureza de um trabalho, este está sempre sujeito a limitações que o condicionam e podem afetar a sua estrutura e os seus resultados. As principais limitações encontradas na sua elaboração foram o facto de muitos artigos não se encontrarem disponíveis, gratuitamente, para consulta, as diferentes metodologias utilizadas pelos estudos apresentados dificultarem a obtenção de conclusões comparáveis e a falta de apresentação de estratégias para colmatar as causas de internamentos inadequados.

No decorrer desta dissertação surgiram várias questões que poderão ser objeto de novas pesquisas, destacando-se: a utilização mais regular e frequente das ferramentas de revisão clínica, por parte dos estabelecimentos hospitalares, tanto a nível nacional como internacional; a implementação de medidas para solucionar as causas de internamentos inadequados identificadas; a avaliação das medidas implementadas e o seu impacto e a disseminação das boas práticas.

Referências Bibliográficas

1. Lichtenberg FR, Duflos G. Pharmaceutical Innovation and the Longevity of Australians. 2008;
2. Jacobs P. A survey of economic models of hospitals. 1974;
3. Butler JR. Hospital Costs Analysis. 1995;
4. Rodriguez-vera J. Protocol 1997-2007 Experiência em dois países. 2008;1:8-18;
5. Vieira NB, Rodriguez-vera J, Grade MJ, Arez L, Santos RT. Adequação das admissões hospitalares num Serviço de Medicina Interna utilizando o Appropriateness Evaluation Protocol durante o ano de 2004. 2006;
6. Soria-aledo V, Carrillo-alcaraz A, Flores-pastor B, Moreno-egea A, Carrasco-prats M, Aguayo-albasini JL. Reduction in inappropriate hospital use based on analysis of the causes. 2012;
7. Restuccia JD, Kreger BE, Payne SMC, Gertman PM, Dayno SJ, Lenhart GM. Factors affecting appropriateness of hospital use in Massachusetts. 1986;8:47-54;
8. Alonso J, Mufioz A, Anto JM, Evaluation A. Using length of stay and inactive days in the hospital to assess appropriateness of utilisation in Barcelona, Spain. 1996:196-201;
9. Chakravarty LC, Parmar B. Inappropriate Use of Hospital Beds in a Tertiary Care Service Hospital. 2004;1-4;
10. Healy L, Cathail MO, Law TW, Clare J, Timmons S. The Appropriateness Evaluation Protocol is a poor predictor of in-hospital mortality. 2013;
11. Faria C, Amaral S. Reasons for discharge delays in teaching hospitals. 2014;48:314-21;
12. Werneke U, Smith H, Smith IJ, Taylor J, Macfaul R. Validation of the paediatric appropriateness evaluation protocol in British practice. 1997:294-8;
13. Liu W, Yuan S, Wei F, Yang J, Zhang Z, Zhu C. Reliability and Validity of the Chinese Version Appropriateness Evaluation Protocol. 2015;746:1-11;
14. Ferrer TJ. Revision de la utilizacion en el área de observación de urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo AEP. 2002;

15. Specchia ML, Poscia A, Volpe M, Parente P, Capizzi S, Cambieri A, et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay ? 2015;1-6;
16. Portaria n.º 207/2017, Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11;
17. Benham B, Hawley D. The effectiveness of tools used to evaluate successful critical decision making skills for applicants to healthcare graduate educational programs: a systematic review. 2015;
18. 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;
19. McDonagh M, Smith D, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. Health Policy. 2000;
20. Kalant N, Berlinguet M, Diodati JG, Dragatakis L, Marcotte F. How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds? 2000;162:1809-13;
21. Cordero A, Águila J, Massalana A, Vescoto, Lopes L SR. Adequação dos Internamento num Serviço de Medicina. Acta Médica Port. 2004;
22. Fontaine P, Jacques J, Gillain D, Sermeus W, Kolh P, Gillet P. Assessing the causes inducing lengthening of hospital stays by means of the Appropriateness Evaluation Protocol. Health Policy. 2011;99:66-71;
23. Bentes M, Gonçalves L, Pina E. Design and Development of a Utilization Review Program in Portugal. 1995;7:201-12;
24. Lorenzo S, Lang T, Pastor R, Tampieri A, Smith H, Liberati A. Reliability study of the European. 1999;11:419-24;
25. Anto P, Peiro S, Aranaz M, Calpena R, Compan A, Leutscher E. Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention on inappropriate hospital stays. 2007;128-34;
26. Coast J, Peters T IA. Factors Associated with Inappropriate Emergency Hospital Admission in the UK. Int J Qual Heal Care. 1996;
27. Homar JC, Espinoza MM, Ruiz ES, Cubells MJ, Poblet MB. Hospitalizations Preventable by Timely and Effective Primary Health Care. 2003;31:6-17;
28. Strumwasser I, Paranjpe N, Ronis D, Share D SL. Reliability and Validity of Utilization Review Criteria. Med Care. 1990;

29. Vincitorio D, Chiaradia G, Waure C, Mastaki J, Torre G, Stanislao F, et al. Appropriateness of admission and days of stay in pediatric hospital in Ancona, Italy. 2010;
30. Peters J. Is hospital the right place? J Public Health. 1995;
31. Jeddian A, Afzali A, Jafari N, et al. Evaluation of Appropriateness of Admission and Hospital Stay at Educational Hospital. 2017;20;
32. Tavakoli N, Hoseini Kasnaviyeh M, Yasinzadeh MR, Amini M. Evaluation of appropriate and inappropriate admission and hospitalization days according to appropriateness evaluation protocol (AEP). 2015;18(7):430-4;
33. Nahid H, Mehrdad A, Yaser S HG. Necessity of Admissions in Selected Teaching University Afiliated and Private Hospitals during 2007 in Shiraz, Iran. 2010;13:230-4;
34. Majeed MU, Williams DT, Pollock R, Amir F, Liam M, Foong KS, et al. Delay in discharge and its impact on unnecessary hospital bed occupancy. BMC Health Serv Res. 2012;12:1;
35. Almeida A, Serrasqueiro Z, Rogeiro A. Protocolo de Revisão de Utilização de Recursos num Hospital Público Português. 2006;
36. Rasmussen L, Münter D, Bøttcher C, Jacobsen O, Larsen K, Marcussen H, Møller MK, Nørregaard P NB. Appropriate use of hospital days in medical wards. 2006;
37. Brabrand M, Knudsen T, Hallas J. The characteristics and prognosis of patients fulfilling the Appropriateness Evaluation Protocol in a medical admission unit ; a prospective observational study. BMC Health Serv Res. 2011;11:152;
38. Henrik KJ, Carsten H, Henrik N. Every seventh acute medical admission is preventable. 2013;
39. Baré ML, Prat A, Lledo L, Asenjo MA SL. Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. 1995;
40. García J, Fernández M, Caparrós G, Dolores E, García F. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. 2001;
41. Campos Rodríguez F, Morón IC, Martínez AD, Rodríguez LL, Lucena FM, Fernández MT. Adecuación de las estancias hospitalarias en un servicio de neumología. Arch Bronconeumol. 2007;43:439-44;
42. Díaz LV, Ríos SG, Oterino D, Fuente D, Suárez F, Diego S, et al. Impact on Hospital Days of Care Due to Unnecessary Emergency Admissions. 2005;541-9;

43. Sanza SS, Rubioa P, Álvarez S, Tamames G, Belén C, Javier C. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel. 2008;22:48-51;
44. Prat A, Bertrán M, Santina M, Vilella A, Asenjo M, Trilla A. Organización en institutos de gestión clínica (centros orientados al paciente): descripción de la utilización hospitalaria. 2008;
45. San Román JA, Luquero FJ, de la Fuente L, Pérez-Rubio A, Tamames S, Fernández-Avilés F, et al. Assessment of inappropriate hospital stays in a cardiology department. Rev Esp Cardiol. 2009;62:211-5;
46. Soria-Aledo V, Carrillo-Alcaraz A, Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Leal-Llopis J, Fernández-Martín M, Carrasco-Prats M, Aguayo-Albasini J. Associated Factors and Cost of Inappropriate Hospital Admissions and Stays in a Second-Level Hospital. Am J Med Qual. 2009;
47. Menu-Branthomme A, Benamouzig R, Bejou B, Coste T, Rautureau J HB. Inappropriateness of hospital days and causes of failure in a Gastroenterology and Internal Medicine ward. 2002;
48. d'Alché-Gautier MJ, Maïza D CF. Assessing the appropriateness of hospitalisation days in a French university hospital. 2004;
49. Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, Boccia A, Bianco CGA, Torre G La, et al. Appropriateness of hospital utilisation in Italy. 2000;
50. Lombardi A, Tesoriere A, D'Amici P, Salvi PF, Puzzovio A DPM. Appropriate hospital utilization in emergency surgery: application of the Appropriateness Evaluation Protocol. 2000;
51. Barisonzo R, Wiedermann W, Unterhuber M WC. Length of stay as risk factor for inappropriate hospital days: interaction with patient age and co-morbidity. 2013;
52. Gamper G, Wiedermann W. Inappropriate hospital admission : interaction between patient age and co-morbidity. 2011;361-7;
53. Attena F, Agozzino E, Troisi MR, Granito C DPU. Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital. 2001;
54. Peter G, CS. Care needs and point prevalence of post-acute patients in the acute medical wards of an Italian hospital. 2005;

55. Sticca G, Filocamo A, Di Domenicantonio R, Prota F, Di Falco C, Materia E, Orsi GB GG. Evaluation of the appropriateness of hospital admissions with the Italian version of the AEP in a university hospital;
56. Hrobon P, Chlumský J, Jirásek V KM. Assessment of the need for and length of hospitalization at the internal medicine department. 1998;
57. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, Sarasin FP, Unger PF, Waldvogel FA JA. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. 1998;
58. Jee-In H, Jinsung K, Woochang J-WP. Inappropriate hospitalization days in Korean Oriental Medicine hospitals. Volume 23;
59. Ghods A, Khabiri R, Raeisdana N, Ansari M. Predictors of Inappropriate Hospital Stay : Experience From Iran. 2015;7:82-9;
60. Moghadam MN, Amiresmaili M. Investigating the Appropriateness of Admission and Hospitaliza- tion at a Teaching Hospital : A Case of a Developing Country. 2016;46:1720-5;
61. Merom D, Shohat T, Harari G, Oren M GM. Factors associated with inappropriate hospitalization days in internal medicine wards in Israel: a cross-national survey. 1998;
62. Letaief M, Ben Salem K, Hergli N, Riahi N SM. Analysis of the appropriateness of hospitalizations in Monastir, Tunisia. 2005;
63. Dizdar Ö, Karada Ö. Appropriate utilization of hospital beds in internal medicine : evaluation in a tertiary care hospital. 2007;13:408-11;
64. Michael D, Brendan J, Jackie M, Jerry M, PSP. The Efficiency of Acute Care Bed Utilization in Newfoundland and Labrador. 1998;
65. Afilalo M, Xue X, Soucy N, Colacone A, Jourdenais E, Boivin JF. Patient Needs, Required Level of Care, and Reasons Delaying Hospital Discharge for Nonacute Patients Occupying Acute Hospital Beds. J Healthc Qual. 2017;39:200-10;
66. RNCCI. Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Relatório Final. 2013;93;
67. DGS. Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos. Direcção-Geral da Saúde. 2004. 90 p;

68. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo. 2013;38 33-35, 76, 84, 104, 159, 160;
69. Purdy S. Avoiding hospital admissions: What does the research evidence say. King's Fund [Internet]. 2010;(December):1-28;
70. Curry N HC. Clinical and Service Integration. The route to improved integration. London: The King's Fund. 2010;
71. Rosenblatt RA. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. JAMA J Am Med Assoc. 1999;282:492-492;
72. Elola J, Daponte A, Navarro V. Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe. Am J Public Health. 1995;85:1397-401;
73. Nutting PA, Goodwin M, Flocke S, Zyzanski S, Stange K. Continuity of primary care: to whom does it matter and when Ann Fam Med. 2003;1:149-55;
74. Gill JM, III M, G A. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Arch Fam Med. 1998;pp.333-338;
75. Gill, James M.; Mainous III, Arch G.; Nsereko M. The Effect of Continuity of Care on Emergency Department Use. Arch Fam Med. 2000;pp.333-338;
76. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J OA. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. 2012;
77. Hudon C, Fortin M, Rossignol F, Bernier S PM. The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting: a reliability study. 2011;
78. Tobias Freund, MD, Stephen M, Stefan G, Cornelia U, Cornelia M, Frank P, Joachim S. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. 2012;