

## **A construção de Linhas de Cuidados e a Medicina Hospitalar**

Luciana Bivanco  
Hospital da Cruz Vermelha do Paraná  
Médica Hospitalista  
lulisbivanco@yahoo.com.br

Carlos A. M. S. Motta  
Hospital da Cruz Vermelha do Paraná  
Diretor Técnico  
carlos.motta@cruzvermelhapr.com.br

### **Qual o papel da Medicina Hospitalar na construção de Linhas de Cuidados para pacientes portadores de doenças crônicas?**

#### *Abstract*

In a context of Brazilian public primary care that does not provide effective preventative care to general population, this report aims at describing the implementation of a project of hospital medicine based on models of Hospitalist movement in a tertiary Hospital, with a profile of complex and mostly older patients, and at providing care that focus on patient security, with humanized and global assistance, objecting better outcomes on assistance and care.

The intervention resulted in substantial reduction in length of stay and in improving quality of care and satisfaction of most patients included in the project.

#### *Introdução*

O principal sistema de saúde brasileiro é o Sistema Único de Saúde que tem como gestor o governo brasileiro. Entretanto, a legislação da saúde permite que tenha um sistema de saúde complementar: o sistema de saúde privado.

O sistema de saúde complementar tem legislação própria e órgão regulatório diferente do Sistema Único de Saúde. Suas principais características operacionais são: (a) funcionamento independente entre as Unidades de Saúde, (b) relacionamentos entre as Unidades de Saúde pontuais com base em acordos comerciais ou operacionais, para atender interesses próprios, (c) o paciente tem acesso a qualquer das Unidades, (d) o critério de escolha do acesso sofre influência de opiniões leigas e campanhas de marketing, (e) há um forte apelo para que a escolha das especialidades médicas e por exames de alta complexidade, (f) os Serviços de Saúde tem infraestrutura voltada para as condições clínicas agudas e para as terapêuticas invasivas.

Desta forma, o Sistema de Saúde Complementar é fragmentado, com predomínio do interesse das Unidades de Saúde, tem acesso aos Serviços de Saúde definido por critérios não médicos, tem uma escolha predominante das especialidades médicas e exames de alta complexidade e tem serviços médicos com foco nas terapêuticas invasivas das doenças agudas.

O resultado operacional e econômico deste sistema é ser dispendioso e não ter foco no paciente.

O caso do Hospital da Cruz Vermelha do Paraná se desenvolve neste ambiente inóspido da Saúde Complementar. E será analisado a luz das teorias da complexidade, da Tomada de Decisão e do Aprendizado...

### *Hospital enquanto uma Organização Complexa e Profissional*

Os sistemas complexos são organizações em rede formadas por inúmeros agentes, os quais são elementos ativos e autônomos, cujo comportamento é determinado por um conjunto de regras e pelas informações a respeito do seu desempenho e das condições do ambiente. O comportamento global do sistema emerge como efeito da combinação das interações entre os diversos componentes (STACEY, 1996; LISSACK; GUNZ, 1999).

As organizações como hospitais têm uma estrutura que se encaixa melhor em uma configuração chamada profissional, dirigida por trabalho operacional altamente complexo, ainda que estável na execução. As organizações profissionais são ligadas de modo flexível em seus núcleos operacionais, alguns frouxamente acoplados e outros fortemente acoplados (WEICK, 1976).

Logo, hospital é uma organização complexa, na qual profissionais da área de saúde, da área administrativa e de apoio, atuam em setores e serviços que relacionam entre si em sistema de rede. Estes setores e serviços têm características estruturais e funcionais próprias, com natureza simples ou complexa. Os relacionamentos entre os diversos setores e serviços assistenciais, administrativos e de apoio, tem elementos que o qualificam como fortemente acoplado ou frouxamente acoplado (PERROW, 1986).

Somente uma análise mais profunda da rede organizacional dos hospitais, entendendo sua dinâmica, seu grau de dependência, as circunstâncias em que suas ligações são fracas e, conseqüentemente, identificando quais os sistemas que são fortemente acoplados ou frouxamente acoplados é que se pode conhecer a realidade da estrutura organizacional da organização (PERROW, 1986).

Para sobreviver em um ambiente tão competitivo e defender-se de ameaças, os hospitais desenvolvem sistemas criativos e com uma característica de auto-organização (STACEY, 1993; AGOSTINHO, 2003). A capacidade de

criar deve estar embutida em sua estrutura, por meio de três práticas sistemáticas: aperfeiçoar, explorar e inovar. Estas são condições necessárias para o surgimento das estratégias emergentes com base no aprendizado institucional.

### *O Aprendizado em uma Organização Complexa - Hospital*

Para Stacey (1996), os sistemas adaptativos complexos consistem em um número de componentes ou agentes que interagem entre si, de acordo com um conjunto de regras que requerem que eles examinem e respondam ao comportamento de cada um, no sentido de melhorar o comportamento do grupo e conseqüentemente do sistema a que eles pertencem. Ou seja, o sistema atua de forma a constituir o aprendizado.

Ainda nesta teoria, os agentes humanos e o sistema que se movimentam em torno do loop comportamental da descoberta, escolha e ação, são claramente engajados em um processo de aprendizado que direciona o processo de feedback evolucionário no qual o que um faz afeta os outros e, então, volta a afetar o primeiro

Neste processo de aprendizado, Stacey (1996) descreve como rede legítima a interação formal e intencional oficializada pelos membros com maior poder da organização ou pela cultura e ideologia desta. Outra categoria de interações é estabelecida pelos agentes durante as interações na rede legítima. O resultado disso é uma outra rede, ou seja, uma espécie de sombra da rede legítima, que consiste em vínculos informais, tanto sociais, como políticos. Nesta rede sombra, os agentes desenvolvem regras para as interações. Tais regras são compartilhadas por grupos pequenos ou por todo o sistema. Os grupos e a cultura organizacional formada pela rede sombra não faz parte da ideologia ou da cultura sancionada na rede legítima.

Para Stacey (1993), todas as interações humanas tomam forma de um sistema de feedback porque as conseqüências de uma ação sempre se retroalimentam para afetar a ação subsequente. E como as reações humanas acontecem com intensidades diferentes, tanto para mais como para menos, estas interações formam um sistema de feedback não linear.

O feedback é positivo para o aprendizado quando os agentes ou o sistema inserem informação no loop descoberta-escolha-ação de modo a ampliá-lo e desestabilizá-lo. É assim que acontece a propagação de novas ideias que mudam as atividades - inovação. A rede sombra de uma organização é dirigida frequentemente por este feedback. Esta é uma rede de feedback não linear, na qual o este feedback é bastante provável e até mesmo usual, e às vezes pequenos eventos provocam grandes conseqüências (STACEY, 1996).

Daft e Weick, (1984) salientam que a interpretação organizacional é o processo de tradução dos eventos presentes no ambiente externo, o desenvolvimento de modelos para compreendê-los, o desvendamento de

sentido e de montagem de esquemas conceituais entre os gestores-chaves. Percebe-se que este processo não é simples e de difícil aplicação. Ainda segundo estes autores, os conceitos e imagens da interpretação podem ser organizados em três estágios que constituem o processo global de aprendizagem.

O primeiro estágio é o rastreamento, o qual é definido como processo de monitorar o ambiente e prover dados ambientais para os gestores. O segundo estágio é a interpretação, quando se atribui sentido aos dados, compartilham as percepções e constroem mapas cognitivos. Na terceira fase acontece a aprendizagem, que envolve uma ação nova com base na interpretação. A interpretação organizacional é análoga à aprendizagem de uma nova habilidade por parte do indivíduo. O ato de aprender proporciona novos dados para interpretação e os feedback organizacionais propiciam novos insights coletivos para os membros da organização (DAFT; WEICK 1984).

Child (1972) conclui que as condições ambientais não interferem diretamente na estrutura organizacional, mas sim indiretamente, com base nas interpretações destas condições pelos tomadores de decisão e suas respectivas ações. O autor utiliza o termo “tomadores de decisão” para se referir ao grupo de profissionais que trabalham na linha de frente e que detém o poder, nas organizações profissionais. Cyert e March (1963) utilizam o termo coalizão dominante para destacar este grupo. A coalizão dominante tem as seguintes características: (a) seus membros podem ter o poder formal ou informal; (b) refere-se ao grupo que coletivamente detém o poder por um período de tempo específico; e (c) tem o poder de decidir sobre a estrutura da organização.

#### *O início da Medicina Hospitalar – Modelo Hospitalista.*

O Hospital da Cruz Vermelha do Paraná (HCV) é um hospital geral, tendo como serviço âncora o Serviço de Cardiologia e de Cirurgia Cardíaca. Tem 172 leitos, sendo 30 leitos de Terapia Intensiva, a média de internamentos é de 1113 por mês. O Pronto Atendimento faz em média 7000 procedimentos e é composto por 5 consultórios, 12 leitos com monitorização e uma sala de emergência. Tem um Centro Cirúrgico com 07 salas e realiza em torno de 800 cirurgias.

Até novembro de 2013, o HCV tinha um modelo de medicina hospitalar caracterizado por médicos visitantes com pouca interação entre eles e entre os outros profissionais da saúde. Os Serviços e Setores do Hospital, como o Pronto Atendimento, Terapia Intensiva e Unidade de Internação tinham relacionamento fugaz e com alto índice de conflitos entre si e com os Setores administrativos de apoio, ou seja eram poucos acoplados (Weick, 1976, Perrow, 1986).

A partir desta data a diretoria do Hospital tomou a decisão estratégica de

implantar o modelo hospitalista de medicina hospitalar. E contratou os dois primeiros médicos para cuidar de um determinado grupo de pacientes que eram internados na Unidade de Internação.

Como estes pacientes tinham em sua maioria comorbidades crônicas em fase avançada e um manejo clínico ambulatorial por mais de um médico especialista e com inúmeros exames complementares realizados, a prática médica desta equipe teve como objetivos: (a) aumentar o poder de observação sobre os pacientes, (b) ter o Plano de Investigação e Terapêutica como o centro da abordagem ao paciente, (c) utilizar o Prontuário do Paciente como o instrumento de comunicação entre a equipe interdisciplinar e (d) ter como foco da assistência a necessidade de saúde do paciente.

As premissas da equipe dos médicos Hospitalistas criadas a época e que perduram até os dias de hoje são: (a) médicos com formação generalista, (b) ter disponibilidade de tempo para trabalhar todos os dias da semana e participar do rodizio de final de semana, (c) capacidade de trabalhar em equipe, (d) ser responsável por cuidar de 02 pacientes por hora, participar de uma das Comissões do Hospital.

#### *A interação com outros profissionais da saúde*

Os médicos hospitalistas iniciaram seus trabalhos tendo como atividade central o Plano Diagnóstico Terapêutico, registrado no Prontuário Eletrônico do Paciente. Neste documento estava toda a diretriz terapêutica do paciente para o período de internação previsto, em outras palavras, era a comunicação formal entre os profissionais – Rede Legítima (Stacey, 1996). Esta ação foi a mola propulsora para um fortalecimento da interação entre os médicos hospitalistas – Rede Sombra (Stacey, 1996).

Como desdobramento desta ação os outros profissionais da saúde respondiam a abordagem informal dos médicos hospitalistas, para discutir o caso clínico do paciente e alinhar as ações assistenciais ao Plano Diagnóstico Terapêutico, criando um conjunto de normas de interação para melhorar o desempenho de todos os profissionais envolvidos. Esta situação é o efeito da combinação e interação entre os componentes da equipe profissionais, se auto-organizando (STACEY, 1996; LISSACK; GUNZ, 1999).

Da mesma forma que por intermédio do Plano Diagnóstico Terapêutico os médicos hospitalistas influenciaram na prática assistencial dos outros profissionais da saúde, estes também contribuíram para o alinhamento do plano diagnóstico terapêutico e das ações médicas dos médicos hospitalistas - feedback - quando passaram a comunicar as alterações clínicas do paciente, seja por intermédio do registro no prontuário eletrônico do paciente ou pelas discussões que aconteciam durante a visita ao paciente, caracterizando uma ação subsequente modificada, com base no aprendizado (Stacey, 1993).

A evolução desta ação foi a criação de pequenas reuniões assistenciais, durante a visita dos profissionais, para discutir o caso clínico dos pacientes que não tinham uma boa resposta ao Plano Diagnóstico Terapêutico – uma inovação, com base na auto-organização, na prática assistencial (Stacey, 1993; Agostinho, 2003) .

### *Interação com médicos especialistas*

Com a complexidade das patologias crônicas dos pacientes, os médicos hospitalistas precisavam de um apoio de médicos especialistas. Entretanto, toda vez que este apoio era solicitado, os médicos especialistas tinham a conduta de assumir o paciente e afastar o médico hospitalista da condução do caso, caracterizando uma fraca interação e uma prática assistencial fragmentada.

Os médicos hospitalistas expuseram esta dificuldade para diretoria médica do Hospital. Este grupo – coalizão dominante (Cyert & March, 1963) - tomou a decisão de institucionalizar o apoio dos médicos especialistas, criando um sistema de referência e contra-referência entre os médicos hospitalistas e especialistas, respectivamente, de tal forma que a condução do plano diagnóstico terapêutico ficaria sob responsabilidade do médico hospitalista. Neste caso, a interpretação dos tomadores de decisão (Child, 1972) foi criar um sistema que fortalecesse a interação entre os médicos e mantivesse a condução do Plano Diagnóstico Terapêutico pela equipe de médicos hospitalistas (Daft & Weick, 1984).

Para dar sustentação a este sistema de referência e contra-referência com condução do médico hospitalista, a diretoria formalizou uma rotina de trabalho – rede legítima - para as especialidades médicas mais demandadas, na qual estes médicos tinham a obrigação de permanecer no Hospital durante um período de tempo pré-determinado, para responder os pareceres solicitados e discutir o alinhamento do plano diagnóstico terapêutico.

Os médicos especialistas que se propuseram a participar deste relacionamento, os nefrologistas, os neurologistas, os nutrólogos e os infectologistas, declaram sua satisfação de atuar desta forma. Este fato foi fundamental para que outras especialidades manifestassem o interesse de também participar deste sistema de relacionamento, caracterizando uma auto-organização com fortalecimento da interação entre os médicos e do novo processo de relação dos médicos especialistas com o Hospital (Stacey, 1996, 1993).

O desdobramento desta ação foi a ampliação deste relacionamento para especialidades cirúrgicas, de tal forma que atualmente quando um paciente portador de doença crônica necessita de realizar um procedimento cirúrgico ortopédico, urológico e de cirurgia geral, ele é internado aos cuidados dos médicos hospitalistas.

## *Relação da Unidade de Internação com o Pronto Atendimento*

Um problema crônico do Hospital era a internação de um paciente oriundo do Pronto Atendimento para a Unidade de Internação. A fragilidade deste processo, caracterizada pela pouca interação entre os Setores (Weick, 1976; Perrow, 1986), era tamanha que ameaçava a segurança do paciente, pois a conduta da internação dos médicos que atuavam no Pronto Atendimento era com foco exclusivamente no processo agudo que motivava a internação, não considerando as outras condições clínicas do paciente, e o tempo entre a consulta do médico do Pronto Atendimento e a visita do médico hospitalista não atendia a observação necessária para o controle da evolução da condição clínica desfavorável do paciente.

Para resolver esta reivindicação dos médicos hospitalistas, mais uma vez a diretoria médica do Hospital em conjunto com os médicos hospitalistas, coalizão dominante, modificou a estrutura dos 12 leitos de observação do Pronto Atendimento para uma estrutura de uma Unidade de Cuidados Intermediários (Cyert & March, 1963). Assim, todos os pacientes que tinham uma condição clínica instável e que necessitavam de um cuidado assistencial intermediário entre o cuidado disponível na Unidade de Internação e os cuidados intensivos disponibilizados na Unidade de Terapia Intensiva permaneciam internados nestes leitos, sob os cuidados da equipe dos médicos hospitalistas, com base no plano diagnóstico terapêutico, mas também sob o olhar atento da equipe dos médicos do Pronto Atendimento no que tange ao controle das condições clínicas instáveis.

A nova estrutura formal - rede legítima - criada pela coalizão dominante favoreceu a interação dos médicos das duas equipes nas situações informais - rede sombra - (Stacey, 1996).

A preocupação dos médicos hospitalistas com a segurança do paciente foi o ponto de partida para a criação de um ambiente seguro durante o processo de interação do paciente (Daft & Weick, 1984). Como também foi a partir da reivindicação dos médicos hospitalistas que aconteceu a solução outro problema que ameaçava a segurança do paciente: alta frequência de paradas cardiopulmonares na Unidade de Internação.

Os médicos hospitalistas perceberam que alguns pacientes que não respondiam satisfatoriamente aos cuidados traçados no plano diagnóstico terapêutico, tinham como evolução a piora clínica e a implantação de um quadro de instabilidade que não raro levava a um quadro de parada cardiopulmonar.

A solução para este problema foi a criação do fluxo do paciente, na fase inicial da não resposta as ações do plano diagnóstico e terapêutico para os leitos de observação do Pronto Atendimento. Este fluxo foi criado pela coalizão dominante, médicos hospitalistas e diretoria médica do Hospital (Cyert & March, 1963) Porém, os cuidados e o alinhamento do plano diagnóstico e terapêutico destes pacientes continuavam sob a

responsabilidade dos médicos hospitalistas. Somente o manejo das condições clínicas que originavam a instabilidade é que estavam sob os cuidados dos médicos do Pronto Atendimento.

A interação desta duas equipes médicas foi profícua sob dois aspectos. O primeiro foi influência da prática médica pautada no plano diagnóstico terapêutico que os médicos hospitalistas exerceram nos médicos do Pronto Atendimento. E o segundo aspecto foi o reforço deste fluxo de pacientes da Unidade de Internação para o Pronto Atendimento. Este fluxo passou a ser uma prática dos médicos do Pronto Atendimento, toda vez que estes atendiam intercorrências na Unidade de Internação e diagnosticavam que os pacientes estavam em condições clínicas instáveis (Stacey, 1993).

#### *Relação da Unidade de Internação com a Unidade de Terapia Intensiva*

O fluxo de internação de pacientes direto para a Unidade de Terapia Intensiva era frequente e, tal fato, no momento da alta do paciente para a Unidade de Internação provocava a situação de um contato inicial do paciente, que já estava internado há algum tempo no Hospital, com o médico hospitalista.

Esta situação era motivo de queixa dos médicos hospitalistas, pois eles não tinham qualquer participação na conduta diagnóstica terapêutica do paciente até o momento da transferência para a Unidade de Internação. Para resolver este fraco acoplamento e fragilidade na continuidade dos cuidados aos pacientes internados (Weick, 1976; Perrow, 1986), a diretoria técnica do Hospital em conjunto com os médicos hospitalistas – coalizão dominante – (Cyert & March, 1963) promoveu a interação das duas equipes formalizando a rotina – rede legítima - de que os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva também estariam sob a responsabilidade clínica dos médicos hospitalistas. Desta forma, a interação entre as equipes de médicos hospitalistas e intensivistas ficou mais intensa na rede sombra, como também a fragilidade de descontinuidade dos cuidados dispensados ao paciente foi resolvida (Stacey, 1996).

#### *Relação da Unidade de Internação com o Ambulatório*

Os médicos hospitalistas cientes que são das ameaças do ambiente hospitalar aos pacientes, informaram a diretoria técnica do Hospital que as altas dos pacientes internados poderiam acontecer precocemente se houvesse a garantia da continuidade dos cuidados traçados no plano diagnóstico terapêutico após a alta, no âmbito do seguimento ambulatorial, no período de tempo determinado pelo médico hospitalista (Stacey, 1993; Agostinho, 2003).



Diante do exposto, a diretoria do Hospital criou um ambulatório de pós-alta voltado para garantir a continuidade do cuidado aos pacientes e promover a desospitalização tão logo quando as condições clínicas dos pacientes permitam (Daft & Weick, 1984). O critério de escolha dos médicos que atuam neste ambulatório teve as mesmas premissas da escolha dos médicos hospitalistas.

A permanência do paciente neste ambulatório é temporária e atende a necessidade do término dos cuidados traçados pelo plano diagnóstico terapêutico da condição clínica que motivou a internação. Neste momento, o paciente recebe alta deste ambulatório para o ambulatório dos Médicos de Família e Comunidade para seguimento do manejo ambulatorial das condições clínicas crônicas.

### *Médicos Hospitalistas e sua prática de medicina hospitalar*

O perfil dos pacientes internados no Hospital da Cruz Vermelha do Paraná segue a realidade brasileira: uma grande maioria de pacientes idosos e com múltiplas comorbidades, geralmente mal controladas. Foi nesse cenário que a prática do médico hospitalista se demonstrou de maior valor no incremento da qualidade assistencial.

A prática definida pela equipe hospitalista (Stacey, 1996; Lissack & Gunz, 1999) é fundamentalmente centrada no paciente e como consequência, todas as suas atividades baseiam-se em dois pilares assistenciais: a segurança do paciente e a visão global do indivíduo.

A segurança do paciente visa a minimização do dano quaternário. A prevenção quaternária é um novo termo para um velho conceito: em primeiro lugar, não causar danos (Jamouille, 2015). Nesse contexto, o médico hospitalista visa a desospitalização segura porém sempre o mais precoce possível dentro da estabilidade clínica do paciente, entendendo os potenciais riscos inerentes ao internamento, com repercussões graves e muitas vezes a longo prazo, como diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis (Siqueira AB et al, 2004).

Na prática médica, os médicos hospitalistas aplicaram tal conteúdo em pequenas ações diárias que globalmente resultaram em um melhor cuidado ao paciente, como:

(a) Prescrição segura, com atenção a diversas particularidades, como: as potenciais interações medicamentosas ou efeitos adversos a que a população mais frágil está em maior risco, poupando período noturno sempre que possível e evitando assim o Delirium em população vulnerável; entendendo as características da flora hospitalar de seu serviço e atuando na escolha da antibioticoterapia visando menor espectro com melhor ação; mantendo medicamentos de uso rotineiro que possam potencialmente melhorar os desfechos e suspendendo os deletérios (reconciliação medicamentosa); manejo impecável de sintomas.

(b) Solicitação racional de exames complementares, compreendendo o contexto do sobrediagnóstico e sobretratamento, conhecendo os potenciais falso-positivos e falso-negativos de seus exames mais prevalentes. Para tal, houve a integração com a equipe da Radiologia, estabelecendo horários diários de disponibilidade para discussão de casos e juntos a compreensão de qual possibilidade diagnóstica mais adequada para cada caso (Stacey, 1996).

(c) Reunião científicas: encontro semanal entre os médicos hospitalistas para discussão de nova literatura que embasa tais práticas, com discussão de casos difíceis para compartilhamento de pontos de vistas, visando sempre a medicina baseada em evidências aplicada a um indivíduo único, de forma a gerar a melhor prática médica possível. Reunião mensal de discussão de óbitos preveníveis ocorridos no serviço, alimentada pela Comissão de Óbitos do Hospital, com foco na compreensão de erros de fluxo ou falhas assistenciais de forma a gerar ações de prevenção de novas ocorrências e aprendizado para o corpo clínico (Stacey, 1993).

(d) Garantia de transição segura de cuidados: mesmo na transferência do paciente entre setores do hospital como para âmbito ambulatorial, o médico hospitalista se integra às demais equipes assistenciais permeando o trabalho em todas as esferas, no papel de organizador da linha geral de cuidado para aquele paciente em especial, mantendo o Plano Diagnóstico Terapêutico homogêneo independente do setor institucional em que o paciente está alocado.

A visão global do indivíduo, o outro pilar assistencial da atividade do médico hospitalista, torna-se uma abordagem fundamental na realidade de pacientes complexos, em especial idosos, em um contexto brasileiro de pouca ênfase em atenção primária e, portanto, mínima abordagem preventiva. Como o atendimento do idoso apresenta um caráter multidisciplinar, onde profissionais de várias áreas associam-se para oferecer uma assistência global ao paciente, o conceito de iatrogenia em geriatria tem significado mais amplo, relacionando-se às condutas tomadas pelos vários membros da equipe (Carvalho-Filho e col.6, 1996).

Na atuação rotineira dos médicos hospitalistas do HCV, entendemos a aplicabilidade de tais conceitos por algumas ações diárias exercidas, como:

(a) Coordenação da equipe multidisciplinar assistencial do paciente, sinalizando suas necessidades com base no Plano Diagnóstico Terapêutico e discutindo formas de suprir tais necessidades.

(b) Comanejo do paciente internado com outras especialidades.

(c) Habilidades de comunicação e inclusão do paciente e seus familiares de modo ativo no processo de adoecimento e tratamento.

### *Médicos Hospitalistas e os Cuidados Paliativos*

Após alguns meses de implantação da medicina hospitalista no HCV, fora criado o Grupo de Cuidados Paliativos pela coalizão dominante, resultado de uma demanda crescente decorrente do perfil de pacientes atendidos no

serviço, mas também como fruto de uma insatisfação na forma como a morte e os momentos que a precediam eram conduzidos até então (Cyert e March, 1963).

A implantação se iniciou com a estruturação da equipe multidisciplinar, composta por médicos hospitalistas e equipes de enfermagem, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e assistência social. Ficou determinado que a enfermeira seria a responsável pela coordenação dos serviços, realizando busca ativa de pacientes com perfil e critérios para inclusão ainda em ambientes de Pronto-atendimento ou Unidades de terapia intensiva e sinalizando à equipe hospitalista, catalogando a listagem de pacientes diariamente, compilando dados e sinalizando em prontuário médico de forma clara após a inclusão, para que em todos os ambientes do Hospital o paciente pudesse ser claramente identificado como incluso no grupo.

Os trabalhos se iniciaram com a estruturação teórica do grupo e a determinação dos preceitos básicos que norteariam as atividades, a destacar: (1) Indicação por médicos hospitalistas de pacientes em Unidades de Internamento com critérios de inclusão no grupo, já iniciando trabalhos de sensibilização do paciente e seus familiares; (2) Reuniões multidisciplinares entre equipe e paciente (quando lúcidos) e seus familiares para formalização da inclusão; (3) Estabelecimento da fase do cuidado paliativo em que o paciente se encontra – com dados claros em prontuário médico.

Em um segundo momento, iniciaram-se as atividades de educação continuada das equipes assistenciais de todas as demais áreas do Hospital, incluindo todo o corpo de enfermagem, equipe do Pronto-atendimento e das Unidades de Terapia intensivas, corpo de médicos especialistas (Weick, 1976; Perrow, 1986). Tal trabalho de mudança de conceitos institucionais teve iniciativa tanto informal (rede sombra), com discussões à beira do leito pela equipe de médicos hospitalistas com demais integrantes da equipe multidisciplinar, como também com caráter institucional (rede legítima), por meio de ações da Direção, através de Reuniões Extraordinárias Científicas de todo o corpo assistencial (Stacey, 1996).

Os resultados foram marcantes e a aceitação por parte de pacientes e familiares muito satisfatórias. Hoje temos 181 pacientes inclusos no Grupo de Cuidados Paliativos, 380 pacientes que evoluíram a óbito sob a ótica humanizada de cuidado, sem medidas invasivas afastando-os de seus familiares em UTIs e com manejo impecável de seus sintomas e dores.

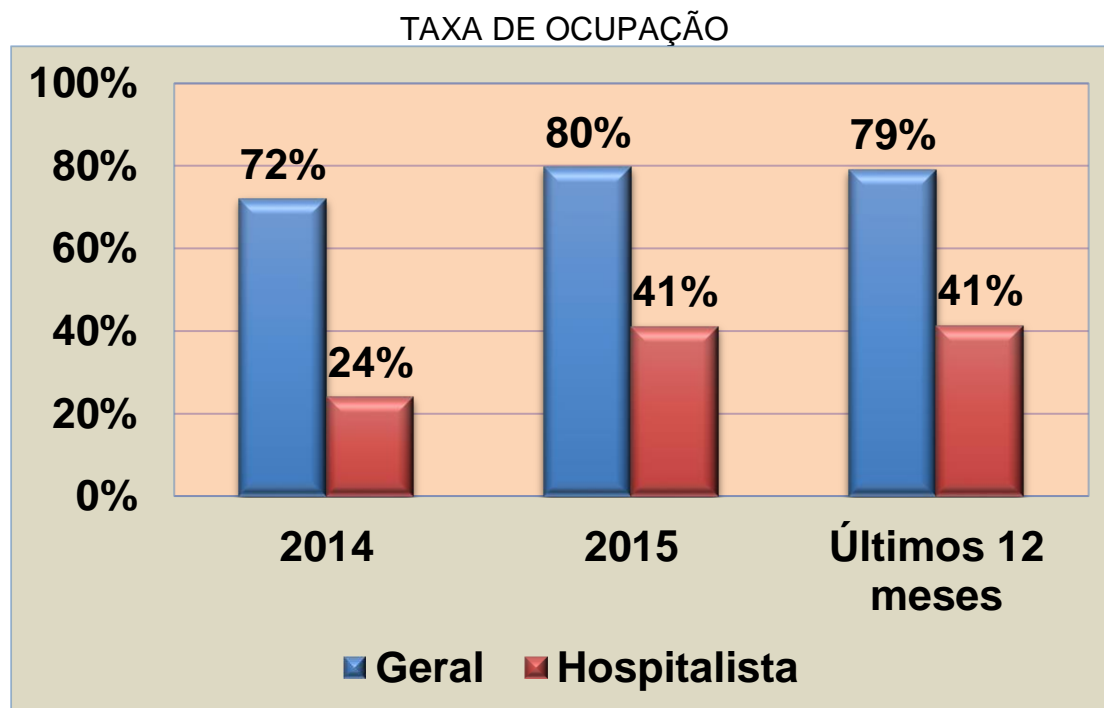
Acerca da experiência adquirida com o Grupo, os médicos hospitalistas, nos dias atuais, incorporaram para todos os pacientes acompanhados nas Unidades de Internamento diversos conceitos do Paliativo à sua rotina diária de manejo (Stacey, 1993), dentre as quais podemos citar: (a) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; (b) Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte – dando condições de qualidade de vida, reabilitação funcional e autonomia na medida do possível; (c) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente,

entendendo o papel essencial que estes assumem no processo de tratamento de qualquer doença – para tal, as reuniões entre equipe com seus familiares são realizadas sempre que há demandas de esclarecimentos, piora do prognóstico, evolução não esperada ou qualquer outra demanda da equipe ou do paciente e seus familiares; e (d) Manejo impecável da dor e demais sintomas que acometem tanto os pacientes portadores de afecções agudas como crônicas. (ANCP 2009)

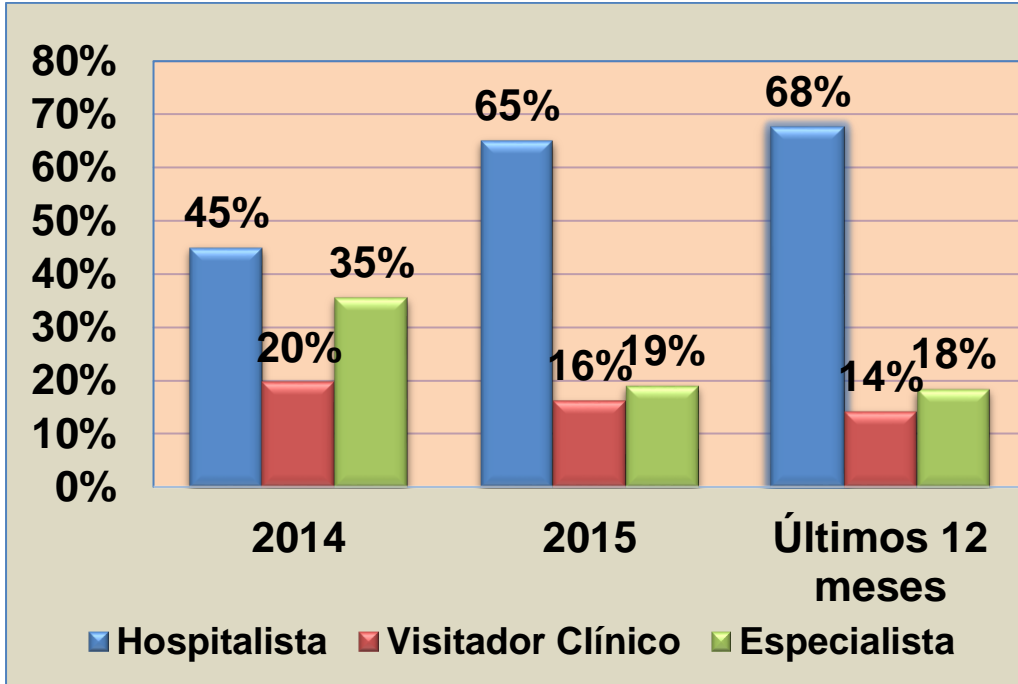
### *Resultado*

Os mecanismos de controle da Medicina hospitalar, no modelo hospitalista, desenvolvidos pela diretoria do Hospital foram: (a) reuniões semanais para acompanhar os trabalhos e resolver problemas operacionais que surgiram com a interação das equipes, (b) estimular os médicos hospitalistas a realizar notificações de risco das situações que ameaçavam a segurança do paciente e (c) a criação de indicadores de resultado são analisados mensalmente junto com a coordenação dos médicos hospitalistas.

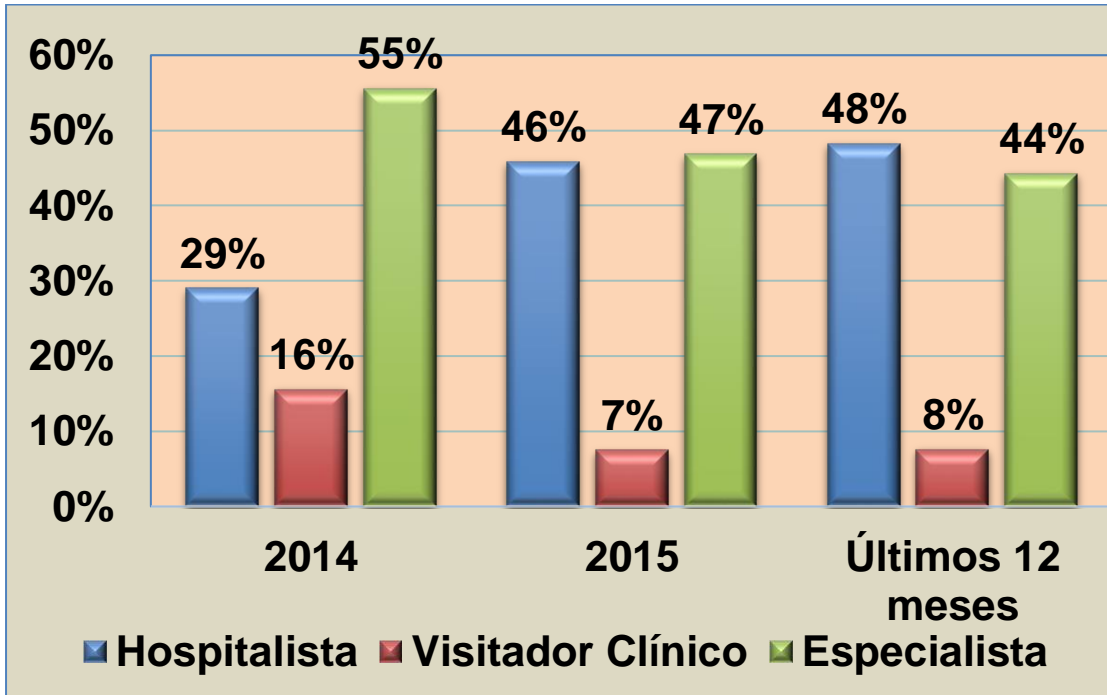
Apresentamos alguns indicadores que demonstram o aumento do número de pacientes que ficam sob a responsabilidade da equipe de hospitalistas e a média de permanência destes pacientes.



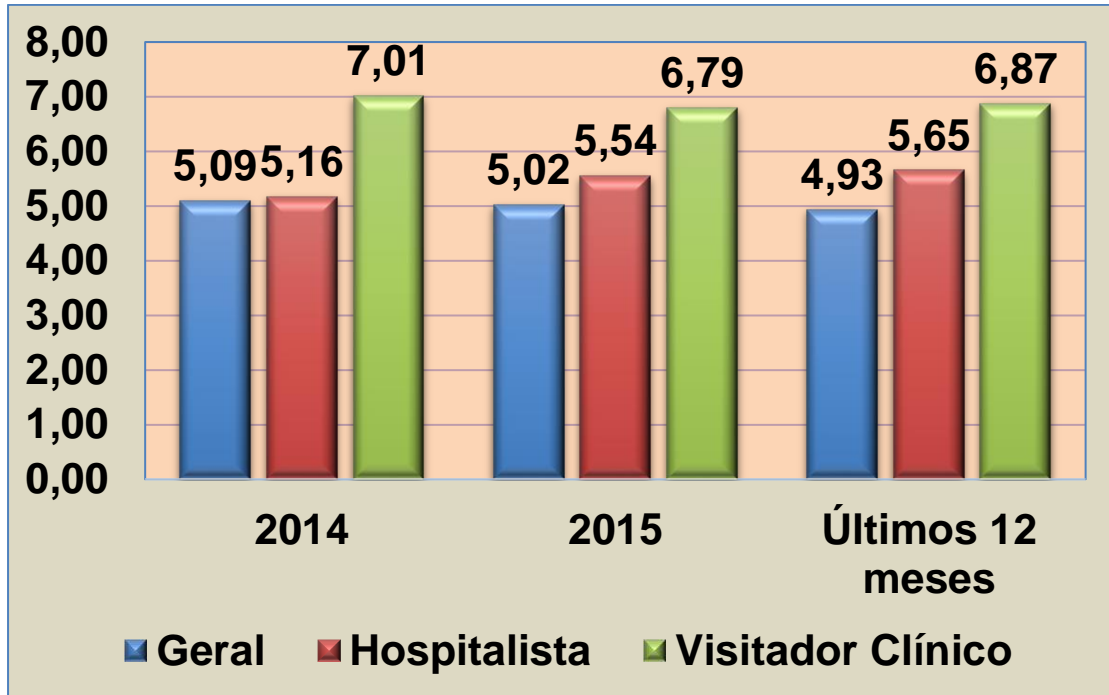
### PACIENTE DIA CLÍNICO



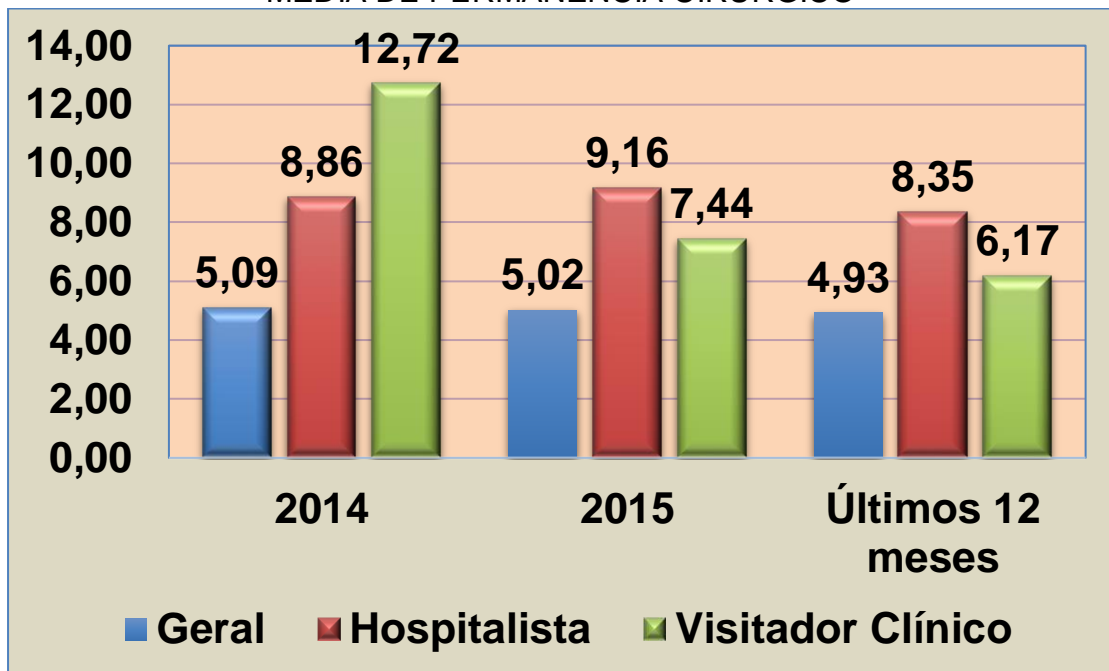
### PACIENTE DIA CIRÚRGICO



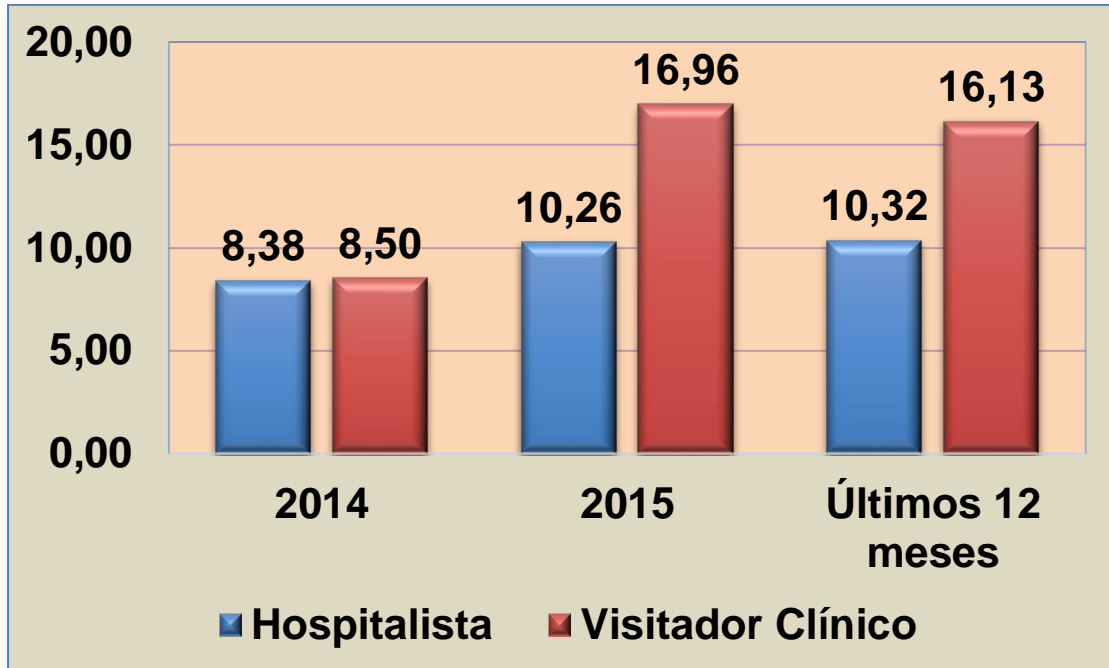
MÉDIA DE PERMANÊNCIA CLÍNICO



MÉDIA DE PERMANÊNCIA CIRÚRGICO



## MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS



### Conclusão

A expertise dos hospitais é tornar produtivos os conhecimentos dos seus profissionais, em prol da necessidade de saúde das pessoas. Logo, nenhum conhecimento se classifica acima do outro. A posição de cada profissional é determinada por sua contribuição para a tarefa comum e não por sua superioridade ou inferioridade.

A atuação voltada para o aprendizado sistemático com base na monitoração do ambiente, na interpretação das informações, na escolha de uma nova ação, com base nesta interpretação, evoluem em um macro-sistema que cria, aprende e desenvolve seu caminho no futuro dos Hospitais, enquanto organizações complexas.

A formação da equipe de hospitalistas com foco na necessidade de saúde do paciente e nos recursos que o Hospital disponibilizava, foi a ação inicial que motivou as alterações na estrutura do Hospital.

As iniciativas dos médicos hospitalistas de promover um fortalecimento nas interações entre os profissionais de saúde, sejam médicos especialistas ou de outras categorias profissionais (rede sombra), foram acompanhadas por modificações nos processos de trabalho da área assistencial (rede legítima).

A criação de um grupo de tomadores de decisão formado pelos médicos hospitalistas e pela diretoria médica do hospital propiciou esta mudança no ambiente hospitalar. E a sistematização com que estas mudanças aconteceram, caracterizaram o aprendizado institucional.

O resultado das tomadas de decisão do grupo de hospitalistas e da diretoria médica do hospital criaram linhas de cuidados que guiam as ações dos profissionais de saúde do Hospital, garantem um ambiente seguro para o paciente e uma nova lógica de prática assistencial voltada para a necessidade de saúde do paciente.

Portanto, a melhora das práticas assistenciais para atender as necessidades de saúde dos pacientes incentiva a todos os profissionais a serem criativos e utilizar os recursos disponíveis no aprendizado do desenvolvimento da estrutura hospitalar.

O comportamento dos médicos hospitalistas foi fundamental para o desenvolvimento de linhas de cuidados que aumentaram a interação entre os profissionais e entre os setores, criando um ambiente favorável ao aprendizado e a melhora da prática assistencial.

Todo este processo caracteriza uma mudança na cultura do Hospital, para adoção de ações no sentido de ter a necessidade de saúde do paciente em primeiro lugar”.

Em consonância com esta nova cultura, os próximos desafios do Hospital são: (a) desenvolver uma Equipe de “Enfermeiros Hospitalistas”, (b) desenvolver uma Equipe de “Cirurgiões Geral Hospitalista” e (c) desenvolver uma assistência ambulatorial para os pacientes em cuidados paliativos.

#### Bibliografia:

AGOSTINHO, M. C. E. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. *RAE-eletrônica*, v. 2, n. 1, 2003.

Carvalho-Filho, E.T. et al. Iatrogenia no idoso. *Rev. Bras. Med.*, 53:117-37, 1996.

CHILD, J. Organizational structure environment and performance: the role of strategic choice. *SAGE Social Science Collections*, 1972.

CYERT, R. M.; MARCH, J. G. A behavioral theory of the firm. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1963.



DAFT, R. L.; WEICK, K. Toward a model of organizations as interpretation systems. *Academy of Management Review*, v. 9, n. 2, p. 284-285, 1984.

Jamoulle M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-3.

LISSACK, M. R. GUNZ, H. P. Managing complexity in organizations: a view in many directions. London: Quorum Books, 1999.

Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). - Rio de Janeiro; Diagraphic, 2009.

PERROW, C. Complex organizations. A critical essay. McGraw-Hill, Inc. p. 200-208, 1986.

Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Functional impact of hospitalization among elderly patients. *Rev Saude Publica* 2004;38(5):687-94.

STACEY, R. Strategy as order emerging from chaos. *Long Range Planning*, v. 26, n. 1, p. 10-17, 1993.

STACEY, R. Complexity and creativity in organizations. San Francisco: Berrett- Koehler, 1996.

WEICK, K. E. Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, v. 21, n.1, p. 1-19, 1976.