

7. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente

Guilherme Brauner Barcellos

Iremos tratar, neste capítulo, de aspectos da comunicação entre médicos envolvidos no cuidado do paciente, entre médicos e outros profissionais, e entre os profissionais da saúde de modo geral. Também serão abordados os impactos que essas complexas interações podem determinar na segurança do paciente e as técnicas disponíveis para melhorar a comunicação. Evito, propositalmente, resumir o tema em comunicação entre os membros da equipe de cuidado, pois equipe é um grupo de pessoas que, formando um conjunto solidário, dedica-se à realização de um trabalho.

A importância da comunicação e os impactos da fragmentação do cuidado

Muitas vezes, no cuidado em saúde, somos incapazes de formar um conjunto solidário. E, sem trabalho em equipe, a segurança do paciente dificilmente consegue ser garantida. A inexistência de equipe torna as dificuldades maiores, e as ferramentas para aprimorar a comunicação passam a ser menos efetivas. O trabalho em equipe era menos importante no passado, mas, diante do aumento crescente da complexidade no cuidado em saúde, surgem evidências da sua importância.

Outro importante ponto dessa discussão é reconhecer que, em um ambiente no qual o cuidado é exageradamente fragmentado, além do necessário e do justificável, a efetividade também fica comprometida. Em uma situação utópica, os pacientes estariam sempre em uma única organização de saúde e seriam cuidados pela mesma pessoa – médicos assistentes não iriam para casa, o médico residente responsável pelo caso não seria trocado ao final do mês, não haveria necessidade de trocas de

Bons resultados no atendimento de pacientes com trauma ou infarto/ enfarte agudo do miocárdio, por exemplo, dependem mais da qualidade do trabalho em equipe que do brilhantismo do médico assistente (Wachter 2012).

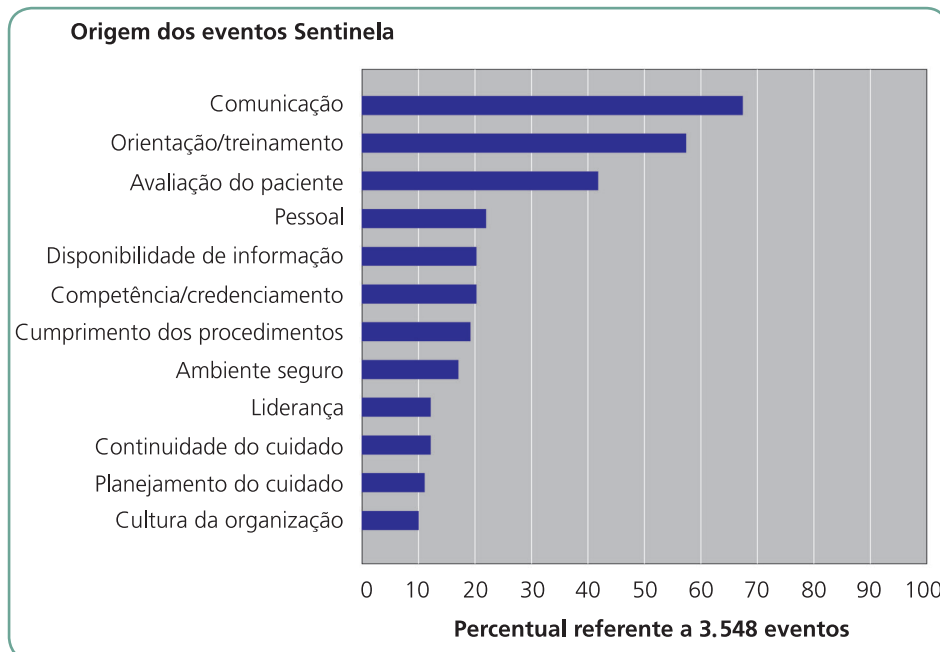
informações entre os profissionais. Mas a realidade do cuidado em saúde não é essa. A modernidade, cada vez mais, propicia quebras de continuidade do cuidado. A maioria das quebras de continuidade são inevitáveis (e para as quais buscaremos maneiras de torná-las o mais seguras possível), outras são evitáveis e simplesmente não devem ocorrer.

A fragmentação do cuidado (ainda mais comprometedora quando associada à falta de coordenação) é considerada por muitos especialistas em segurança do paciente um dos grandes desafios ou problemas da atualidade. Em um estudo clássico, investigadores descobriram que receber atendimento por médico estranho à equipe foi um preditor de complicações mais importante que a gravidade da doença do paciente (Petersen 1994). Em artigo há pouco publicado, foi descrita uma situação em que nove diferentes equipes se envolveram no cuidado de um mesmo paciente criticamente enfermo (Stavert, Lott 2013). O resultado foi um caos no cuidado em consequência de uma passividade coletiva. O título escolhido para esse artigo foi “O efeito espectador na saúde”, em alusão ao fenômeno psicológico também conhecido como Síndrome de Genovese. Essa síndrome leva o nome de Catherine Susan Genovese, esfaqueada até a morte estando próxima de sua casa em Kew Gardens, no Queens, Nova York, sem que nenhum vizinho a ajudasse. As circunstâncias de sua morte e a falta de reação dos vizinhos tiveram grande repercussão na imprensa e instigaram investigações desse fenômeno do comportamento humano, chamado “difusão de responsabilidade”.

Na saúde, o resultado de uma fragmentação necessária e da injustificável gera grande vulnerabilidade aos erros de comunicação nas transferências de pacientes ou nas trocas de informações.

A atenuação dos problemas poderia economizar USD 240 bilhões por ano nos EUA (IOM 2012). Dados da The Joint Commission têm demonstrado que problemas de comunicação são os mais comumente encontrados nas análises de causa-raiz dos eventos sentinela.

Gráfico 1 – Eventos Sentinela mais comuns

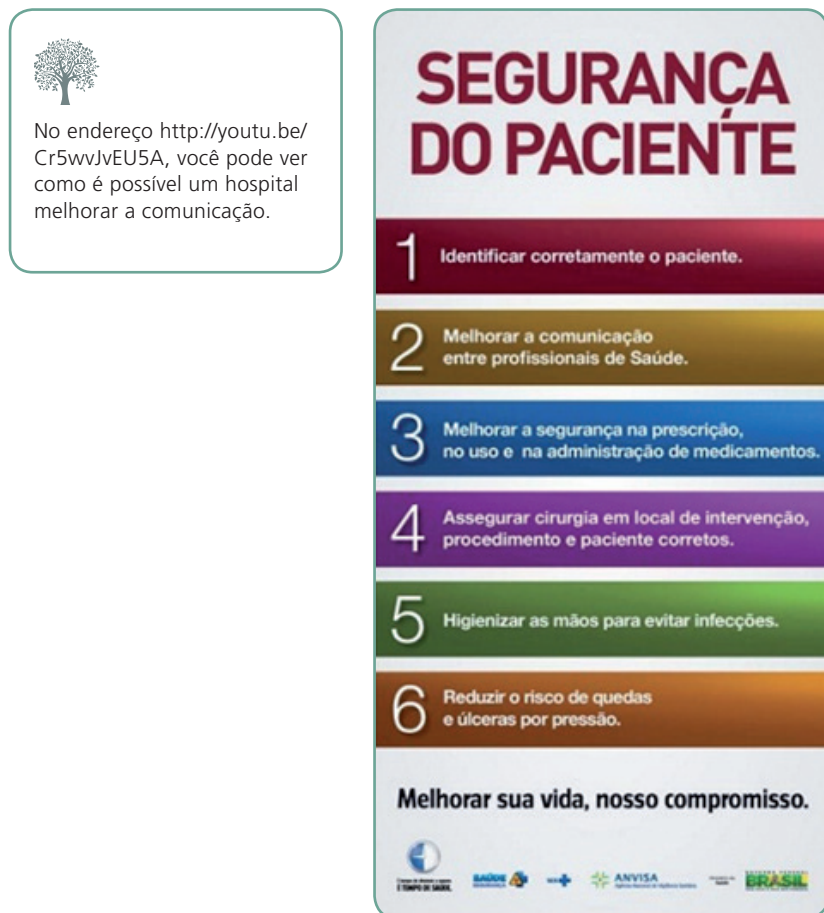


Fonte: Adaptado de ARHQ (2013).

Outro estudo acompanhou a troca de informações entre profissionais de ambulatório e descobriu que dados da consulta anterior estavam disponíveis em apenas 22% das vezes (van Walraven et al. 2008). Toda transição de cuidados carrega um potencial de dano, e todas merecem ser analisadas para promover reduções de riscos.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo de chamar a atenção ao problema da segurança do paciente. Em 2005, a Aliança identificou áreas de atuação prioritárias, por exemplo, melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais do cuidado, influenciada pelas metas de segurança do paciente da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Figura 1 – Cartaz do Ministério da Saúde do Brasil sobre as metas de segurança do paciente, com destaque para a meta 2: “Melhorar a Comunicação”



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br>

Para ilustrar a importância de uma boa comunicação, apresentarei dois casos vivenciados ao longo de minha trajetória profissional e dos quais guardo forte lembrança. Em ambos, ocorreram erros complexos.

Em 2001, eu era residente de medicina interna e estava estagiando no setor de Emergência de um hospital. O médico responsável pelo serviço chegou até mim dizendo:

- Quer fazer uma cardioversão?
- O que é o caso? – perguntei.
- Se não quiser, eu mesmo faço, disse ele.

E, então, eu fiz!

Para realizar esse procedimento, a paciente foi sedada. A cardioversão elétrica foi bem-sucedida, fazendo com que o ritmo passasse de fibrilação/fibrilhação atrial (a arritmia) para sinusal (normal). Somente depois fui revisar o caso. Tratava-se de paciente idosa, que havia chegado ao hospital com história de palpitações há duas horas. Não apresentava critérios de instabilidade, que costumam justificar uma cardioversão de emergência. O contexto foi interpretado como de fibrilação/fibrilhação atrial aguda (até porque a paciente trazia um eletrocardiograma prévio em ritmo sinusal), em que cardioversão elétrica costuma ser opção. Mas, em medicina e na vida, nem tudo que parece ser é.

Dona Laura (nome fictício) sofria de hipertensão, insuficiência cardíaca e de fibrilação/fibrilhação atrial **paroxística**. Ela já tinha passado por vários atendimentos em outros hospitais por episódios da arritmia. Se tivesse sido mais bem avaliada na admissão, a simples presença, no exame físico, de desvio grosseiro do ictus para além do 5º espaço intercostal ou de um sopro cardíaco mitral já poderia ter “sinalizado”. Não a examinei e não sei se alguém o fez, até a decisão de realizar a cardioversão. Se tivéssemos aguardado os familiares da paciente, e havia tempo e estratégias para isso, o diagnóstico correto teria sido realizado. Como Dona Laura demorou a acordar da sedação, foi estimulada. Percebeu-se, imediatamente, sinal de lateralização no exame neurológico. A paciente desenvolveu um acidente vascular cerebral – um evento adverso – como complicação do tratamento, que não costuma ser a primeira opção em casos de fibrilação/fibrilhação atrial crônica ou paroxística.

Quando eu estava no terceiro ano de residência/internato em medicina interna, um médico do serviço de emergência solicitou que eu fizesse um procedimento para obter o acesso venoso central em um paciente. Questionei exatamente a mesma coisa: – O que é o caso? Dessa vez, recebi uma resposta em tom áspero, **mandando-me** fazer. Fiz, e o paciente teve uma complicação – hemopneumotórax. A indicação do procedimento era questionável, e, além disso, o paciente tinha uma coagulopatia. A informação sobre a coagulação sanguínea alterada já estava disponível no momento do procedimento, mas só foi observada depois.

Em ambos os casos, o gradiente de autoridade entre o médico residente e o médico supervisor gerou problemas para os pacientes envolvidos. Erros como esses, nos quais um jovem médico (ou, muitas vezes, uma enfermeira) suspeita que alguma coisa está errada ou apenas quer mais informações, mas não se sente confortável em reforçar suas preocupações, infelizmente são frequentes. Isso não ocorre somente na área de saúde. Na maior colisão de tráfego aéreo de todos os tempos, o acidente de Tenerife, pouco antes de dois aviões colidirem causando a morte de

583 pessoas, o copiloto fez ao comandante uma pergunta muito parecida com a minha: “O que é o caso?”. E foi ignorado.

Para refletir

Você já vivenciou ou soube de alguém que tenha vivenciado alguma situação semelhante às relatadas no texto? Especificamente em relação à perda ou má compreensão de informação?

Qual foi o resultado? Como você imagina que esse tipo de situação possa ser contornada?

Nos casos relatados, além dos erros de trabalho em equipe e de comunicação, ocorreram erros na troca de informações (resultado de exame disponível e não considerado, histórico do paciente em outra organização não prontamente disponível). Não está no escopo deste capítulo a discussão sobre como melhorar o fluxo de informação entre hospitais distantes, mas fica o registro da importância de bancos de dados padronizados, que possam disponibilizar informação útil e oportuna. A partir de agora, vamos discutir os problemas e soluções dentro da organização de saúde e, em especial na alta hospitalar.

Estratégias e técnicas para minimizar erros nas trocas de informações e de comunicação dentro de um hospital

Este é um assunto abrangente. Darei preferência a apresentar as estratégias capazes de serem replicadas com alguma facilidade nas organizações de saúde. A maioria dessas estratégias não envolve barreiras intransponíveis e altos custos financeiros, mas todas dependem de liderança comprometida, equipe de trabalho coesa e forte, além de conhecimento de princípios básicos de melhoria da qualidade em saúde. Envolve mudanças em sistema complexo e devem ser vistas através do olhar dos fatores humanos (antes, durante e após eventual implantação), para se certificar de que atenderão localmente suas finalidades e não criarão consequências inesperadas.

Não discorrerei, embora não seja menos importante, sobre a necessidade de formar profissionais da saúde que compreendam a importância do trabalho em equipe. Como também não mencionarei a

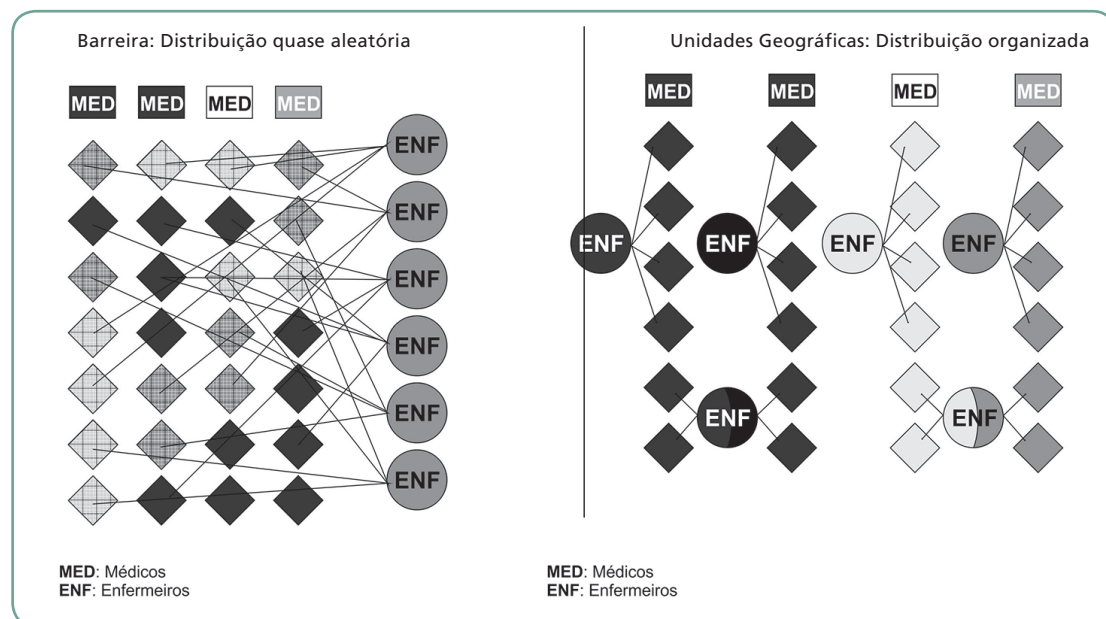
importância da educação continuada em saúde, que precisa incorporar conteúdo de segurança do paciente, qualidade e administração em saúde, contribuindo para que profissionais tenham uma postura diferente frente ao erro humano e visão crítica a gradientes de autoridade que ultrapassam o necessário e o bom senso.

Unidades geográficas

São locais, nos hospitais, entregues a um propósito específico (por exemplo, uma enfermaria de clínica geral) e para profissionais pré-definidos (se não todos, ao menos aqueles mais envolvidos com o dia a dia do cuidado, por período), com limites geográficos, que podem ser físicos, como as paredes e portas que definem uma enfermaria inteira (7º norte, por exemplo), ou virtuais, como quando um grupamento de leitos/camas dentro de uma área física maior é reservado para a mesma equipe de saúde. O esperado é que seja um facilitador para a formação de um conjunto solidário.

Estudos recentes têm demonstrado que estruturas assim estabelecidas estão associadas com melhor comunicação entre os profissionais da equipe (Gordon et al. 2011; Singh et al. 2012). Médicos sequer precisam ser hospitalistas (veja definição a seguir), podem seguir atuando no modelo tradicional, passando visita, mas a enfermeira saberá quem são, a hora que costumam passar, como localizá-los. Médicos e enfermeiros tendem a conhecer até mesmo gostos e preferências uns dos outros, poderão, com mais facilidade, pactuar rotinas e padrões. Pense no contrário agora, imaginando um enfermeiro enfrentando dificuldade com paciente cujo responsável é um médico que sequer conhece, e o quanto isso pode comprometer eficiência e satisfação de vários envolvidos. Em um dos estudos destacados anteriormente, com unidade geográfica e equipes fixas, perceberam-se 51% menos chamados por mensagens (acionamento dos médicos por meio de seus *paggers* ou celulares), embora tenham viabilizado mais encontros do médico responsável com seus pacientes (Singh et al. 2012).

Figura 2 – Esquema de unidades geográficas



Fonte: Elaboração do autor.

Nota: À esquerda, um modelo tradicional em que os pacientes são distribuídos entre médicos, sem uma lógica. Nesse modelo, um médico pode ficar com um paciente em cada andar (leia-se cada andar com uma enfermeira, uma secretária, e assim por diante). No modelo da direita, temos a representação de uma unidade geográfica em que se concentram o máximo possível de pacientes em uma área com limites geográficos definidos e para uma equipe mais coesa.

As complexidades logísticas e políticas de organizar esse tipo de abordagem nos serviços de saúde não devem ser subestimadas, principalmente em hospitais com alta taxa de ocupação. Cabe registrar, ainda, que não há necessidade de implantá-la de maneira “tudo ou nada”, podendo-se optar por favorecer, sempre que possível, organizações por áreas e equipes fixas.

Rounds interdisciplinares estruturados

Rounds interdisciplinares devem, idealmente, reunir todos os integrantes da equipe de cuidado, pelo menos em um momento do dia, para discutir seus pacientes, as ocorrências desde o último encontro, as metas e o plano terapêutico, caso a caso, em um formato colaborativo e pactuando decisões. Esses encontros não deveriam ter por objetivo apresentar o quadro clínico dos pacientes diariamente para um novo grupo de profissionais. Assim, os *rounds* tornam-se encontros longos e improdutivos. Devem ter foco nas metas e plano terapêutico, averiguando que mudanças de rumo são necessárias.

Evidências demonstram que essa estratégia é capaz de:

Resultados dos rounds

Melhorar processos específicos (como adequação de caterização vesical, aderência a práticas baseadas em evidências) (Fakih et al. 2008, Ellrod et al. 2007);

Favorecer melhores desfechos doença-específicos (como redução de pneumonia associada à ventilação mecânica) (Stone et al. 2011);

Melhorar a comunicação e colaboração entre os membros da equipe;

Diminuir o tempo médio de internação (Dutton et al. 2003, O'Mahony et al. 2007);

Reduzir os eventos adversos evitáveis (O'Leary et al. 2011); e

Diminuir a taxa de mortalidade global (McHugh 2010).

Os *rounds* ocorrem mais frequentemente em unidades fechadas, como a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A complexidade para o desenvolvimento dessas estratégias em unidades abertas é maior por diversas razões. Em um recente estudo (O'Leary et al. 2012), encontrou-se uma significativa variação de performance de trabalho de equipe em *rounds* dessa natureza, escancarando que não basta existirem. Uma sugestão é que, em paralelo, as chefias ajudem a garantir o bom andamento dessas iniciativas, observando, por exemplo, se um membro do time não domina completamente a discussão, ou se um gradiente de autoridade inadequado impede a participação confortável de outros membros da equipe.

Experiências práticas e opinião de *experts* sugerem que combinar unidades geográficas com *rounds* interdisciplinares estruturados pode tanto facilitar esses encontros como potencializá-los.

Os *rounds* devem seguir roteiros, como horário para iniciar e terminar, definição prévia de quem deve participar e qual o papel de cada um, em que e como deve contribuir. Os participantes precisam ser objetivos e ter o paciente como foco. A utilização de cartão de objetivos diário ou lista de verificação envolvendo questões estratégicas são muito úteis. *Rounds* interdisciplinares estruturados melhoram a comunicação entre membros da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o desempenho de vários indicadores de qualidade (Pronovost et al. 2003, Dubose et al. 2008, Dubose et al. 2010, Weiss et al. 2011).

Quando visitei a *Mayo Clinic*, nos Estados Unidos da América, pude ver isso funcionar muito bem no *Saint Marys Hospital*. Com o auxílio de uma lista de verificação, era discutida, diariamente, a manutenção ou não, por exemplo, da sonda vesical de demora e do acesso venoso central. As listas de verificação são instrumentos que podem ser utilizados em diversas situações de cuidado em saúde para o bom gerenciamento/gestão de informações do paciente sobre atividades a serem executadas, tópicos a serem enfatizados.

Uso da técnica SBAR

Com o intuito de melhorar a qualidade das trocas de informações entre os profissionais de saúde, algumas técnicas têm sido desenvolvidas para que mensagens importantes sejam ouvidas e atitudes sejam tomadas. Uma dessas técnicas é SBAR – *Situation* (situação), *Background* (história prévia), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação). Originalmente, foi desenvolvida pela marinha nos EUA para ser usada em submarinos nucleares. Mais recentemente, tem sido usada com sucesso na saúde, sendo de fácil aplicação com bom treinamento.

Na maioria dos programas de treinamento, o foco é a enfermagem a fim de estruturar a comunicação com os médicos, de forma a capturar atenção e gerar ações apropriadas. A necessidade para o treinamento surgiu a partir do reconhecimento de que muitos enfermeiros têm sido educados para relatar histórias, enquanto os médicos têm sido treinados para pensar e, também, processar informações objetivas.

A seguir, apresentamos um exemplo de caso adaptado do livro *Understanding Patient Safety* (Wachter 2012).

No modo tradicional, a enfermeira Joana Silva (nome hipotético) se comunicaria com o médico da seguinte forma:

– Olá, doutor. O sr. João está tendo uma dor. Ele estava caminhando pelo corredor, depois de se alimentar bem no jantar. Ele estava um pouco sudorético quando teve a dor, mas lhe dei todos os seus medicamentos, incluindo a insulina e o antibiótico. Ele foi submetido à cirurgia hoje, mais cedo.

Após o treinamento SBAR, a mesma enfermeira diria:

– Sou Joana Silva, enfermeira da enfermaria do 7º andar e estou acompanhando o seu paciente, o sr. João dos Santos. Ele teve uma dor torácica de grau 8, em uma escala de 10, há cerca de cinco minutos, associada à dificuldade respiratória, sudorese e palpitações (Situação).



É um homem de 68 anos, sem história prévia de doença cardíaca, que sofreu, ontem, uma ressecção abdominoperineal sem complicações (**História prévia**).

Minha preocupação é que ele possa estar tendo uma isquemia cardíaca ou uma tromboembolia pulmonar (**Avaliação**).

Seria muito importante se você pudesse estar aqui dentro dos próximos cinco minutos (**Recomendação**). ■

Uso da técnica de *read back*

Muitas mensagens trocadas entre profissionais induzem ao erro, principalmente por telefone. Em um estudo que avaliou 822 chamados telefônicos sobre a comunicação de resultados críticos de laboratório, foram capturados 29 erros (3,5%), alguns deles bastante relevantes (Barenfanger et al. 2004).

Essa situação existe não só na comunicação de resultados de laboratório, mas na ordem verbal do médico para o enfermeiro ou para médico residente, ou para o médico plantonista.

Essa técnica prevê que uma prescrição ou o resultado de exame fornecido verbalmente, ou por telefone, seja anotado por quem recebeu e, depois, relido para quem fez a solicitação. Também usada na aviação e em outras indústrias para prevenir erros de mensagens, passou a fazer parte das metas internacionais de segurança do paciente do manual da Joint Commission International.

Processo normatizado de passagem de plantões/turnos

A passagem de plantões/turnos é considerada o momento do cuidado de alto risco. Por isso, é fundamental existir um processo normatizado de passagem de plantões/turnos. Esse processo deve ocorrer em local determinado e adequado e horário pré-definido. Os profissionais envolvidos na passagem de plantão/turno devem estar disponíveis pelo tempo necessário para transmissão das informações necessárias. Além da troca verbal de informações, é importante o registro dos itens mais relevantes relativos ao cuidado.

Há um crescente reconhecimento das vantagens dos sistemas de registro computadorizados sobre as tradicionais fichas escritas para o registro de itens mais relevantes na passagem de plantão/turno. Um grupo

da Universidade de São Francisco, na Califórnia, desenvolveu um módulo computadorizado de passagem de plantão denominado *Synopsis* (Wachter 2012). Esse módulo não é nada mais que um *script* para que as informações essenciais não deixem de constar. Uma das vantagens é que muitas informações da memória do prontuário eletrônico/ processo clínico do paciente são importadas, para que, no momento da conversa, os profissionais não percam tempo transferindo informações como resultados de exames laboratoriais verbalmente.

Para refletir

Você conhecia alguma das técnicas descritas anteriormente? Alguma delas é utilizada em sua organização?

Como você se comunica com os outros membros da equipe com a qual trabalha?

O que acredita ser possível melhorar na atual forma de troca de informações?

Publicação interessante a ser destacada como forma de demonstrar a importância de projetos para melhorar as passagens de casos nas organizações diz respeito à avaliação do I-PASS Handoff Bundle, por meio de estudo prospectivo multicêntrico recentemente publicado (Starmer et al. 2014).

Os autores foram capazes de demonstrar redução de 23% em erros envolvendo essas questões. Muito além de apenas uma ferramenta já existente e que representa um mnemônico auxiliar às passagens de casos orais e escritos, a iniciativa contou com a incorporação de conteúdos teóricos relacionados ao assunto no currículo formal daqueles em treinamento nas organizações envolvidas, capacitações, inclusive dos instrutores, mecanismos de *feedbacks*, além de pesada campanha institucional para melhor aproveitamento e sustentabilidade do programa. Dada ênfase no período da intervenção direcionada à educação de residentes e estagiários, muitos programas de residência médica nos EUA e no Canadá estão incluindo ou aprimorando currículos a fim de que a comunicação ganhe maior importância e, quem sabe, sejam capazes de reproduzir os resultados.

A presença dos médicos hospitalistas

Para entendermos o modelo em que atuam os hospitalistas, chamado Medicina Hospitalar (MH) – *Hospital Medicine* (HM) –, vamos revisar um pouco a evolução histórica nos EUA, em que o modelo tem se des-

tacado, e, em seguida, discutir as suas características e como ele pode auxiliar no trabalho em equipe e na boa comunicação.

O contexto histórico

Até poucos anos atrás, a regra era: o mesmo médico que atendia a pessoa no ambulatório ou em casa se encarregava de cuidar dela também durante uma eventual internação/internamento – “passando visita”. Ocorre que inúmeros fatores alteraram gradativamente essa realidade nas enfermarias (já havia acontecido algo parecido nas unidades de terapia intensiva e emergência). Os hospitais e os pacientes foram se tornando, progressivamente, mais complexos. Os médicos americanos que atuavam na atenção primária e não atendiam um alto volume de pacientes internados foram perdendo o interesse, principalmente em função da mudança no modelo de remuneração. Os custos do cuidado hospitalar atingiram patamares alarmantes.

Maior eficiência, por meio da redução de custos, tornou-se obrigatória, e o tempo de internação/internamento precisava ser reduzido. Em 1999, o relatório do Institute of Medicine (Kohn et al. 1999) trouxe à tona a questão dos erros no cuidado à saúde, e, a partir dele, o movimento de segurança do paciente e da qualidade assistencial ganhou força. Os gestores começaram a se dar conta de que precisavam mais dos médicos, ou de pelo menos parte deles, envolvidos no dia a dia das organizações, e não somente como visitantes. O modelo tradicional – em que o médico “passa a visita” – foi se mesclando, aos poucos, com o de MH, no qual os médicos passam a atuar mais dedicados às enfermarias. Três tipos de médicos categorizados de acordo com sua relação com os hospitais foram surgindo:

- ✿ aqueles com atuação eminentemente ambulatorial;
- ✿ os chamados “visitantes importantes”, os subespecialistas indispensáveis à terapêutica moderna;
- ✿ os intensivistas, emergencistas e, mais recentemente, os médicos generalistas, que foram “criando raízes” nas enfermarias.

Ao perceber esse movimento, em 1996, o pioneiro Robert Wachter cunhou o termo hospitalista (*hospitalist*) em artigo publicado no *New England Journal of Medicine* (Wachter, Goldman 1996). No ano em que foi cunhado o termo, já havia cerca de 800 profissionais atuando como hospitalistas, em processo de aprendizado para lidar, principalmente, com as necessidades do sistema. Em 2006, eram 20 mil e, atualmente, são mais que 30 mil hospitalistas, consolidando essa como a área de atuação médica que mais rapidamente cresceu na história da medicina moderna americana (Wachter, Goldman 1996).

Até 2004, metade dos programas de MH norte-americanos ainda não existia. Em 2009, a *American Hospital Association* mostrou que mais da metade dos 4.897 hospitais já empregavam hospitalistas, e a grande maioria dos hospitais com mais de 200 leitos/camas possuía programas de MH. No mesmo ano, outro estudo publicado no *New England Journal of Medicine* descreveu que a chance de um paciente ser cuidado por hospitalista, de 1997 a 2006, aumentou aproximadamente 30%. Valendo-se de dados do *Medicare*, investigadores descobriram, ainda, que os hospitalistas já respondiam pelo cuidado de mais de um terço dos pacientes internados (Kuo et al. 2009).

O modelo medicina hospitalar

MH é um modelo com características bem peculiares. Não se trata de plantão/turno clínico ou de uma equipe de apoio clínico e/ou gerencial. Classicamente, um grupo de médicos generalistas **assume** o cuidado do paciente e a coordenação dos processos assistenciais enquanto ele estiver hospitalizado, considerando os processos administrativos. O sinergismo da lógica assistencial e lógica administrativa orienta a ação, com foco no paciente e na eficiência dos serviços. Esse modelo pode reduzir, em média, o tempo de internação/internamento dos pacientes em 12% e os custos em 13%.

Os hospitalistas são médicos generalistas que conduzem o cuidado clínico de pacientes e coordenam as equipes multidisciplinares, que recebem pacientes encaminhados pelos médicos da atenção primária e, eventualmente, de subespecialistas e os reencaminham para o colega, ao final da internação/internamento. A quebra de continuidade entre o hospital e o ambulatório é, com certeza, uma consequência do modelo; potencialmente, pode trazer problemas e, por isso, precisa ser bem trabalhada.

Hoje em dia, praticamente todos os melhores hospitais dos EUA – clínicas Mayo e Cleveland, hospitais de ensino da Harvard (Brigham and Women's e Beth Israel Deaconess) e os hospitais das Universidades da Califórnia e Chicago, entre outros – adotaram a MH. A maior parte das seguradoras e planos de saúde dos EUA – Humana, Kaiser, Aetna, Pacifi Care, Cigna – apoia o modelo. O encaminhamento de pacientes costuma ser voluntário.



Para mais informações sobre hospitalistas, visite o site: www.hospitalmedicine.org da Society of Hospital Medicine.

As organizações de hospitalistas, Society of Hospital Medicine nos EUA, e o movimento por mim alavancado no Brasil (Barcellos et al. 2007) têm se posicionado contra o direcionamento compulsório de pacientes para hospitalistas. Médicos que queiram podem seguir internando no modelo tradicional.

Para refletir

Ainda há muita confusão acerca do que são hospitalistas.

Você conhecia o tema? Achou que existia em sua organização, mas percebeu uma definição diferente?

Que vantagens um médico melhor posicionado para o trabalho em equipe pode trazer na intenção de melhorar a troca de informações entre profissionais?

Se o termo hospitalista ganhou notoriedade nos EUA, muito pela designação surgida no artigo de Robert Wachter, citado previamente, além da grande quebra de paradigma proporcionada pelo modelo de lá, é verdade que já existiam médicos atuando no modelo de MH em outros países. Na Europa, muitos sistemas já nasceram com o médico fazendo parte da coalisão interna dos hospitais, junto aos demais profissionais da saúde e gestores, formando equipe sem membro predominantemente a distância. Ocorre que em muitos casos não foi o generalista de Wachter que revolucionou o cuidado nos EUA, mas um modelo com ênfase em subespecialistas.

Frente a uma mudança comum a vários destes países no perfil epidemiológico dos pacientes, cada vez mais multimórbidos e complexos, percebe-se a tendência global ao generalismo, a partir da qual hospitais representados por departamentos em silos migram para proposta mais integrativa. Há, ainda, alguns exemplos na Europa de hospitalistas “puro sangue”, e anteriores aos norte-americanos. Ocorre em Portugal, por exemplo, onde preferem utilizar o termo “internistas hospitalares”, referindo-se a generalistas com formação em medicina interna e dedicação exclusiva a hospital, que exercem a função de coordenadores do cuidado. Assumem não somente atribuições clínicas, mas também atuam fortemente em comissões hospitalares, ensino e pesquisa. O que vem a ser isto senão um bom exemplo de hospitalista? Talvez, com algumas características que já estão sendo buscadas até mesmo pelos norte-americanos, com maior continuidade do provedor ao longo da hospitalização.

No Brasil, hospitalistas têm crescido em número e qualidade. Há programas bem alicerçados, como no Hospital da Cruz Vermelha Brasileira (HCV), no Paraná, onde reduziram muito expressivamente o tempo de permanência, aumentaram em eficiência e custo-efetividade do cuidado, e melhoraram a comunicação entre médicos e outros profissionais. Os hospitalistas do HCV situam-se em hospital geral de 172 leitos, onde até 70% dos pacientes hospitalizados são atendidos por esta equipe de 12 médicos (até agosto de 2017). Começaram no final de 2013 com um único profissional.

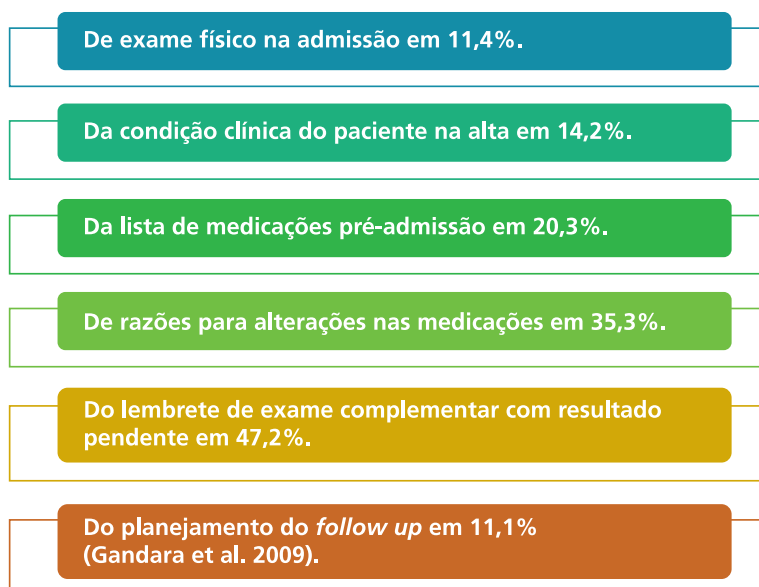
Gestão da alta hospitalar

As altas ou transferências hospitalares são comumente tratadas como algo banal, mas não deveriam ser. Compõem uma etapa crítica do processo de cuidado.

Após as altas hospitalares, cerca de metade dos pacientes experimenta, ao menos, um erro associado ao cuidado em saúde, mais comumente relacionado a medicamentos. Um a cada cinco sofrem eventos adversos, e uma proporção significativa (metade em alguns estudos) é considerada evitável, atribuída a uma programação da alta inexistente ou malfeita (Wachter 2012).

Uma das consequências das altas mal programadas é a readmissão. Cerca de 20% dos pacientes que participam do programa *Medicare* nos EUA são readmitidos dentro de um mês após a alta, e um terço retorna em 90 dias (Jencks et al. 2009). No mesmo estudo, estimou-se em 17 bilhões de dólares o custo dessas readmissões evitáveis. Um estudo brasileiro analisou internações/internamentos hospitalares durante um ano no país e as readmissões em até um ano após. Foram selecionados 10.332.337 indivíduos para o estudo, totalizando 12.878.422 internações/internamentos – dados oriundos dos sistemas de internações/internamentos (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) e de internações/internamentos não realizadas no SUS (CIH). A proporção de readmissões foi de 19,8% (Moreira 2010).

Sunil Kripalani publicou estudo evidenciando que poucos sumários de alta chegam ao médico da atenção primária até o momento em que o paciente retorna para sua primeira consulta pós-alta hospitalar (Kripalani et al. 2007). Em um estudo no qual foram avaliados 1.501 sumários de alta de cinco hospitais de Boston, não havia registro:



Outro estudo publicado em 2006, após revisão de medicações por farmacêuticos do *Brigham & Women's Hospital*, constatou que havia discrepâncias entre a lista de medicações pré-admissão e a alta em 49%, sendo metade considerada potencialmente danosa. Havia discrepâncias também entre a lista da alta e das medicações em uso domiciliar em 29%. Os autores avaliaram que o efeito de uma intervenção simples (aconselhamento do paciente por farmacêutico no momento da alta e após 3-5 dias por contato telefônico) seria capaz de reduzir os eventos adversos (Schnipper et al. 2006). De 2.644 altas de dois centros médicos acadêmicos, em 1.095 (41%) havia resultados de exames complementares pendentes, e dois terços dos médicos do ambulatório desconheciam as pendências. Dessas pendências (investigadores e médicos entrevistados concordaram), 37% demandavam ações e em 13% eram consideradas urgentes (Roy et al. 2005).

Podemos fazer melhor? Sobre isso, Robert Wachter aponta: “Gestão da alta hospitalar não é ciência espacial, exige vontade institucional, uma equipe de trabalho forte e apreciação de princípios básicos de melhoria da qualidade.”

Um pacote de medidas passíveis de replicação – Re-Engineered Discharge Project (RED), composto de aconselhamento antes da alta pelo enfermeiro (com educação do paciente, conciliação medicamentosa e agendamento de *follow-up*), um relatório de alta, um telefonema realizado por farmacêutico logo após a alta e uma consulta médica de seguimento em tempo adequado – foi capaz de minimizar parte dos problemas já discutidos (Jack et al. 2009).

Recentemente, a aplicação de uma iniciativa denominada de Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions (BOOST) da Society of Hospital Medicine foi avaliada em 11 hospitais e apresentou redução média de readmissões em 30 dias de 13,6%. O BOOST é um conjunto de medidas aplicáveis em qualquer país ou hospital (Hansen et al. 2013).

Considerações finais

Não é possível falar sobre segurança em saúde sem se referir à qualidade da interação e da comunicação entre os responsáveis pelo cuidado (Santos et al. 2010). Estratégias existem para facilitar a comunicação entre os diversos profissionais e funcionam melhor quanto melhor for o posicionamento deles para facilitar essa interação. Quem sabe você queira tentar alguma das sugestões aqui mencionadas em sua organização? Quem sabe tentar amanhã?

Referências

- Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS: long-term care version: module 1. Rockville, MD: AHRQ, 2013 [citado 2014 Ago 11]. Slide 16: Top contribution factors to medical erros (optional contente). Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/teamstepstools/longtermcare/module1/igltcintro.htm#s16>.
- Auerbach AD, Wachter RM, Katz P, et al. Implementation of a voluntary hospitalist service at a community teaching hospital: Improved clinical efficiency and patient outcomes. *Ann Intern Med*. 2002;137:859-65.
- Barcellos GB, Wajner A, Waldemar FS. Brazil blossoms: hospital medicine gains ground in South America. *Hospitalist*. 2007 Mar [citado 2014 Ago 11]. Disponível em: http://www.the-hospitalist.org/details/article/240537/Brazil_Blossoms.html.
- Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL et al. Improving patienty safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol*. 2004;121:801-3.
- Davis KM, Koch KE, Harvey JK, et al. Effects of hospitalists on cost, outcomes, and patient satisfaction in a rural health system. *Am J Med*. 2000 Jun 1;108(8):621-6.
- Dubose JJ, Inaba K, Shiflett A, et al. Measurable outcomes of quality improvement in the trauma intensive care unit: the impact of a daily quality rounding checklist. *J Trauma*. 2008 Jan;64(1):22-7.
- Dubose J, Teixeira PG, Inaba K, et al. Measurable outcomes of quality improvement using a daily quality rounds checklist: one-year analysis in a trauma intensive care unit with sustained ventilator-associated pneumonia reduction. *J Trauma*. 2010 Oct;69(4):855-60.
- Dutton RP, Cooper C, Jones A, et al. Daily multidisciplinary rounds shorten length of stay for trauma patients. *J Trauma*. 2003 Nov;55(5):913-9.
- Ellrodt G, Glasener R, Cadorette B, et al. Multidisciplinary rounds (MDR): an implementation system for sustained improvement in the American Heart Association's get with the guidelines program. *Crit Pathw Cardiol*. 2007 Sep;6(3):106-16.
- Fakih MG, Dueweke C, Meisner S, et al. Effect of nurse-led multidisciplinary rounds on reducing the unnecessary use of urinary catheterization in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008 Sep;29(9):815-9.
- Gandara E, Moniz T, Ungar J, et al. Communication and information deficits in patients discharged to rehabilitation facilities: an evaluation of five acute care hospitals. *J Hosp Med*. 2009 Oct;4(8):E28-33.
- Gordon MB, Melvin P, Graham D, et al. Unit-based care teams and the frequency and quality of physician–nurse communications. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:424-8.
- Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, et al, Project BOOST: Effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. *J Hosp Med*. 2013 Aug;8(8):421-7.
- Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, et al. Medical and surgical comanagement after elective hip arthroplasty. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:28-38.
- Institute of Medicine [IOM]. The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2010 [citado 2014 Ago 11]. Disponível em: http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=12750.
- Jack BW, Chetty VK, Anthony D, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009 Feb 3;150(3):178-87.
- Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009 Apr 2;360(14):1418-28.

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831-41.

Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, et al. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. *N Engl J Med*. 2009 Mar 12;360(11):1102-12.

Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, et al. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *N Engl J Med*. 2007 Dec 20;357(25):2589-600.

Lundberg S, Balingit P, Wali S, et al. Cost-effectiveness of a hospitalist service in a public teaching hospital. *Acad Med*. 2010 Aug;85(8):1312-5.

McHugh MD. Daily multidisciplinary team rounds associated with reduced 30-day mortality in medical intensive care unit patients. *Evid Based Nurs*. 2010 Jul;13(3):91-2.

Meltzer D, Manning WG, Morrison J, et al. Effects of physician experience on costs and outcomes on an academic general medicine service; results of a trial of hospitalists. *Ann Intern Med*. 2002;137:866-74.

Moreira ML. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

O'Leary KJ, Boudreau YN, Creden AJ, et al. Assessment of teamwork during structured interdisciplinary rounds on medical units. *J Hosp Med*. 2012 Nov/Dec;7(9):679-83.

O'Leary KJ, Buck R, Fligiel HM, et al. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. *Arch Intern Med*. 2011;171:678-84.

O'Mahony S, Mazur E, Charney P, et al. Use of multidisciplinary rounds to simultaneously improve quality outcomes, enhance resident education, and shorten length of stay. *J Gen Intern Med*. 2007 Aug;22(8):1073-9.

Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, et al. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med*. 1994;121:866-72.

Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, et al. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*. 2003;18:71-5.

Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med*. 2005 Jul 19;143(2):121-8.

Roytman MM, Thomas SM, Jiang CS. Comparison of practice patterns of hospitalists and community physicians in the care of patients with congestive heart failure. *J Hosp Med*. 2008;3(1):35-41.

Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Margarida Custódio dos Santos. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; Vol Temat (10):47-57.

Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med*. 2006 Mar 13;166(5):565-71.

Singh S, Tarima S, Rana V, et al. Impact of localizing general medical teams to a single nursing unit. *J Hosp Med*. 2012 Sep;7(7):551-6.

Starmarck AJ, et al. Changes in medical errors after implementation of a Handoff Program. *N Engl J Med* 2014 Nov 6; 371:1803-12. Disponível em: [http://www.nejm.org/toc/nejm/371/19/Nov 6, 2014](http://www.nejm.org/toc/nejm/371/19/Nov%206,2014). doi: 10.1056/NEJMsa1405556.

Stavert RR, Lott JP. The bystander effect in medical care. *N Engl J Med*. 2013;368:8-9.

Stone ME Jr, Snetman D, O' Neill A, et al. Daily multidisciplinary rounds to implement the ventilator bundle decreases ventilator-associated pneumonia in trauma patients: but does it affect outcome? *Surg Infect (Larchmt)*. 2011 Oct;12(5):373-8.

Van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, et al. Information exchange among physicians caring for the same patient in the community. *CMAJ* 2008;179:1013-18.

Wachter RM. Understanding patient safety. New York: McGraw-Hill Companies; 2012.

Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med*. 1996; 335:514-7.

Weiss CH, Moazed F, McEvoy CA, et al. Prompting physicians to address a daily checklist and process of care and clinical outcomes: a single-site study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Sep 15;184(6):680-6.