

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Elenara Oliveira Ribas

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO
MODELO DE ABORDAGEM ASSISTENCIAL NAS UNIDADES DE
INTERNAÇÃO DO HOSPITAL MÃE DE DEUS**

**Porto Alegre
2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Elenara Oliveira Ribas

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO
MODELO DE ABORDAGEM ASSISTENCIAL NAS UNIDADES DE
INTERNAÇÃO DO HOSPITAL MÃE DE DEUS**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Gestão em Saúde.**

Orientador: Prof. Ronaldo Bordin

**Porto Alegre
2006**

ELENARA OLIVEIRA RIBAS

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO
MODELO DE ABORDAGEM ASSISTENCIAL NAS UNIDADES DE
INTERNAÇÃO DO HOSPITAL MÃE DE DEUS**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Gestão em Saúde.**

Conceito final:.....

Aprovado em de de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Ronaldo Bordin

LISTA DE ABREVIATURAS

CCOT – Critical Care Outreach Team

IHI – Institute for Healthcare Improvement

MET – Medical Emergency Team

MEWS – Modified Early Warning Score

PCR – Parada cardio-respiratória

PRT – Patient at Risk Team

TRR – Times de Resposta Rápida

UI – Unidade de Internação

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVO	9
2.1	OBJETIVO GERAL	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3	REVISÃO TEÓRICA	10
3.1	ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A PACIENTES GRAVES E INSTÁVEIS FORA DA ÁREA DE MEDICINA INTENSIVA E DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA	10
3.1.1	Times de Resposta Rápida e Times Médicos de Emergência.....	10
3.1.2	O Hospitalista	12
4	HOSPITAL MÃE DE DEUS	14
4.1	DESCRIÇÃO DO PROJETO	16
4.1.1	Características gerais.....	17
4.1.2	Objetivos Específicos	17
4.1.3	Profissionais participantes:	18
4.1.4	Implementação:.....	18
4.1.5	Atividade.....	19
4.1.6	Informação sobre a atuação.....	20
5	MÉTODO	22
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6.1	CONTEXTO DE INSERÇÃO NA ORGANIZAÇÃO.....	25
6.2	PROCESSO DE PLANEJAMENTO.....	26
6.3	FORMAS DE GATILHO.....	28
6.4	IMPLANTAÇÃO.....	29
6.5	RESULTADOS	31
6.5.1	Cobertura.....	31
6.5.2	Perfil de atendimentos.....	32
6.5.3	Atuação preventiva	34
7	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares são caracterizadas por serem estruturas extremamente complexas, com vários atores e interesses diferentes (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001a). Com o crescimento da procura por assistência progressivamente mais complexa o atendimento foi sendo segmentado em áreas específicas do conhecimento profissionais e áreas físicas. Estes departamentos e serviços são interdependentes nas suas demandas e nos seus resultados e o bom funcionamento é essencial para concretizar os ideais de segurança e atendimento centrado no paciente (HARADEN; RESAR, 2004).

Os fluxos de atendimento e os processos de comunicação deficitários entre as diversas áreas e profissionais envolvidos na assistência provocam atraso na resolução dos problemas, descontentamento dos usuários e, em alguns casos, desfechos clínicos indesejados.

Isto é particularmente importante quando tratamos de pacientes gravemente doentes ou com descompensação aguda onde a rapidez entre a identificação do problema e a tomada de decisão interfere diretamente no resultado final do atendimento.

Algumas unidades hospitalares como a unidade de terapia Intensiva e a emergência possuem profissionais altamente treinados e estão permanentemente atentas na busca de sinais clínicos que indiquem gravidade ou descompensação clínica. No entanto tem crescido o número de pacientes nas unidades de internação com doenças ou seqüelas graves aumentando a complexidade do atendimento e provocando sociedade e gestores na busca de soluções (SZALADOS, 2004). Pacientes admitidos pelos departamentos de emergência, mais velhos e criticamente doentes correm maior risco de eventos adversos durante a assistência (BION; HEFFNER, 2004). O aumento da faixa

etária da população, a tendência de evitar hospitalização de casos passíveis de resolução domiciliar e o número insuficiente de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são algumas das causas encontradas para o aumento da gravidade dos pacientes nas Unidades de Internação.

De todas as intercorrências graves que acontecem nas unidades de internação a parada cardio-respiratória (PCR) é a de maior gravidade. Mesmo com atendimento especializado, organizado e rápido tem mortalidade hospitalar de até 85% segundo a American Heart Association.

Schein (1990) mostrou que 70% dos pacientes apresentavam evidência de deterioração respiratória 8 horas antes de apresentar parada cardíaca. Neste sentido, Franklin e Mathew (1994) demonstraram que 66% dos pacientes mostram sinais e sintomas anormais 6 horas antes da parada cardíaca e o médico responsável só era avisado em 25% dos casos.

Mcquillan e Pillkingt (1998) avaliaram 100 admissões de emergência na Unidade de Tratamento Intensivo quanto ao atendimento prestado imediatamente antes da internação. Em 41%-64% dos pacientes o atendimento prestado foi considerado subótimo por problemas tanto de processo como de estrutura como falha da organização, desconhecimento, falha no reconhecimento da urgência clínica, atendimento não supervisionado ou não solicitação de auxílio. A admissão na Unidade de Tratamento Intensivo foi considerada tardia em 69% dos pacientes com tratamento subótimo e 4,5% a 41% das admissões foram potencialmente evitáveis.

Tradicionalmente os hospitais trabalham com um grupo de atendimento de parada cardio-respiratória acionado em situações extremas e variam quanto à estrutura de apoio aos pacientes com instabilidade clínica. Várias opções têm sido propostas para diminuir este gradiente entre o atendimento de pacientes de baixa complexidade nas unidades de internação e o atendimento de alta complexidade nas Unidades de Terapia Intensiva.

A publicação *To err is human: building a safer health system* (KOHN; CORRINGA, 2000) afirmava que 44.000 a 98.000 pessoas morriam nos Estados Unidos por ano vítimas de erros na assistência médica. Desde então houve uma crescente preocupação com a melhoria da qualidade da assistência principalmente na garantia de segurança da assistência médica hospitalar e prevenção de eventos adversos.

Hourihan e Bishop (1995) sugeriram a criação de uma equipe de atendimento rápido e qualificado para o atendimento na unidade de internação conhecida como *Medical Emergency Team* (MET). Estes grupos têm entre seus objetivos o atendimento do paciente instável, evitando situações extremas como a PCR. Também chamados de *Critical Care Outreach team* (CCOT), *Patient at Risk Team* (PRT) ou Times de Resposta Rápida (TRR) estes grupos variam quanto a sua estrutura e modo de funcionamento de acordo com o local onde são implementados.

O Hospital Mãe de Deus recentemente implantou um novo modelo de assistência a pacientes hospitalizados através de um grupo para fornecer atendimento rápido e especializado a pacientes mais graves na unidade de internação (UI). Para tanto foi necessário mudar a forma de identificar e atuar nos pacientes além de disponibilizar o atendimento médico. Junto a esta proposta de atendimento do paciente instável foram propostas medidas preventivas para pacientes de alto risco.

O ineditismo das ações no meio médico-hospitalar privado e o desconhecimento de como foram recebidas pelos vários atores envolvidos no projeto torna o assunto de interesse geral.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação do novo modelo de assistência Hospital Mãe de Deus

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) avaliar a forma como o projeto foi implantado e sua função dentro da estrutura assistencial e gerencial da instituição;
- 2) sugerir melhorias ao projeto.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A PACIENTES GRAVES E INSTÁVEIS FORA DA ÁREA DE MEDICINA INTENSIVA E DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

3.1.1 Times de Resposta Rápida e Times Médicos de Emergência

A identificação de um gradiente entre o atendimento prestado a pacientes considerados de baixo risco nas UIs e os de alto risco nas UTIs já é reconhecido há muitos anos. Este problema associado a um número insuficiente de leitos de UTI tem provocado mudanças na forma como é pensado o atendimento nas unidades hospitalares. No Reino Unido foram inicialmente criadas as Unidades de Alta Dependência, mas permaneceu a dificuldade de diagnosticar precocemente aqueles que necessitam transferência para unidades de maior complexidade.

O Departamento de Saúde inglês através do documento Comprehensive Critical Care (2000) recomenda que serviços de atendimento a pacientes críticos chamados Critical Care Outreach Team (CCOT) sejam implantados com os objetivos de: evitar admissões na UTI com a prevenção da deterioração clínica, permitir a alta do paciente e disseminar o conhecimento. Este serviço é formado por uma forma de identificação de instabilidade clínica, usualmente sinais vitais ou escores das variáveis fisiológicas, disponibilidade de médicos com experiência em Medicina Intensiva, atuação rápida e resolutiva com apropriação do local de internação do paciente para sua condição clínica atual.

Posteriormente o Departament... (2005) confirma a importância do CCOT. Já com cinco anos da recomendação chama a atenção para o grau variável de investimento das instituições e o grau de implantação e

especialização dos serviços. A categorização conforme itens como tempo de cobertura e forma de auditoria permite comparação e avaliação dos serviços. Além dos benefícios já citados este documento sugere que o CCOT pode auxiliar no transporte seguro entre as áreas do hospital.

Vários outros autores publicaram a experiência com serviços semelhantes com desenhos e resultados variáveis. Buist et al (2002) publicou um estudo não randomizado onde uma equipe, formada por médicos e enfermeiras com experiência em medicina Intensiva era acionada segundo critérios de instabilização clínica. Estes critérios foram inferidos por mudanças nos sinais vitais monitorados pelas equipes de enfermagem. O estudo demonstrou 50% de redução no número de paradas cardíacas inesperadas. Ball; Kirby e Williams (2003) encontraram o aumento da sobrevida após internação na UTI e diminuição da taxa de reinternação na UTI após a implantação de um time de atendimento e acompanhamento do paciente crítico.

Bellomo (2004), em estudo em unidade de pós-operatório encontrou redução de complicações clínicas, da mortalidade e do tempo de internação hospitalar em pacientes em pós-operatório de grandes cirurgias, comparando 4 meses anteriores aos posteriores à adoção do MET como modelo assistencial. De Vita (2004) encontrou resultados semelhantes enquanto Priestley et al (2004) encontrou diminuição da mortalidade hospitalar em um hospital geral após a introdução de CCOT. Diferente dos autores anteriores Hillman e Chen (2005) em estudo multicêntrico envolvendo 23 hospitais australianos não encontrou diferença significativa no número de paradas cardíacas, mortes inesperadas e internação não planejada na UTI com a adoção do MET.

A possibilidade de usar os chamados do MET para detectar erros na assistência foi sugerida por Braithwaite e De Vita (2004). Seu grupo encontrou que aproximadamente um terço dos chamados por deterioração aguda foram associados a um ou mais erros. Em consequência desta análise 18 processos foram identificados e revisados.

Alguns benefícios potenciais desta proposta de atendimento segundo Cretikos e Hillman (2003) são: 1. facilitar a integração da assistência ao paciente, 2. aumentar a atenção ao paciente de alto risco, 3. estimular o encaminhamento de pacientes gravemente doentes a médicos com experiência

em medicina intensiva, 4. auxiliar na adoção de iniciativas que promovam melhoria da qualidade da assistência em todo o hospital.

Além de serviços e hospitais isolados, outras instituições têm defendido e estimulado a formação de Times de Resposta Rápida ou equivalentes. O Institute for Healthcare Improvement (IHI), uma instituição que promove ações para melhoria da qualidade e da segurança do atendimento sugere que a adoção de times de resposta rápida faça parte da estrutura assistencial junto a outras ações. Disponibiliza uma sugestão de estrutura, treinamento e controle detalhados como forma de disseminação da cultura de segurança.

A American Heart Association, uma das associações mais influentes quanto a parada cardiorrespiratória, em 2006 lançou a proposta de criar bancos de dados de atendimentos de times de resposta rápida aos seus associados.

3.1.2 O Hospitalista

Um outro modelo de assistência é baseado na figura de um médico especialista nas doenças clínicas que comumente necessitam de internação hospitalar denominado Hospitalista. Neste novo modelo, aplicado pela primeira vez em 1994 no Park Nicollet Clinic (FREESE, 1999) o paciente passa a ser responsabilidade desse médico quando necessita internação hospitalar e retorna ao seu médico quando recebe alta. Os hospitalistas têm grande envolvimento com a empresa prestadora de saúde e exerce funções assistenciais e organizacionais como apropriação de leitos, decisões sobre o fluxo de pacientes e planejamento da alta hospitalar.

Os defensores deste modelo acreditam que há melhor acompanhamento do paciente e resposta mais rápida às mudanças do estado clínico e melhora da qualidade da assistência secundária a experiência no manejo de pacientes que necessitam de internação hospitalar (WACHTER; GOLDMAN,1996) Há também uma ação de multiplicador do conhecimento e uma maior aderência aos protocolos clínicos com a ação deste profissional (AMIN et al, 2004) . Outros apontam problemas como a descontinuidade do tratamento com a perda de informações do histórico do paciente e o desconforto dos pacientes

ao não contarem com o médico que lhes é familiar no atendimento hospitalar (SCHROEDER; SCHAPIRO, 1999).

Um aspecto importante é a percepção do médico generalista ou médico da família onde a participação de outro profissional pode ser vista como perda de autonomia ou da importância junto ao paciente e ao hospital.

Segundo dois artigos de revisão de (WACHTER, 2004, COFFMAN; RUNDALL, 2005) a adoção deste modelo foi associado à redução dos custos e do tempo de internação sem alterar a satisfação do paciente, mas a modificação dos desfechos clínicos ainda não pode ser corretamente mensurada.

Em síntese estes dois modos de ação aumentam a participação da instituição hospitalar na assistência ao paciente internado. Ambas são altamente comprometidas com as organizações, mas com enfoques em problemas e momentos diferentes do atendimento do paciente.

Neste estudo serão abordados os dois aspectos dentro da proposta de atendimento implantada pelo Hospital Mãe de Deus.

As várias formas de nomenclatura usada na literatura para programas semelhantes de atendimento de pacientes instáveis nas UIs exigem que um deles seja adotado para o serviço de estudo. Inicialmente conhecido como “Projeto Hospitalista” também será chamado Time de Resposta Rápida, como foi denominado mais recentemente, pois possui características de ambas as propostas.

4 HOSPITAL MÃE DE DEUS

O Hospital Mãe de Deus é uma instituição hospitalar filantrópica com 400 leitos sendo 32 na Unidade de Terapia Intensiva e 16 na Unidade de Cuidados Respiratórios. É um hospital terciário que se propõe a atender pacientes de alta complexidade onde há uma emergência de referência que atende 300 pacientes por dia.

É um hospital aberto onde os pacientes são acompanhados por seus médicos anteriores a internação ou por um médico indicado pelo hospital quando necessário. A orientação quanto ao andamento do caso é primariamente deste médico que conta com o auxílio da estrutura hospitalar e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Tradicionalmente os pacientes nas Unidades de Internação ficam sob vigilância da enfermeira e de técnicos de enfermagem que, quando necessário, entram em contato com o médico assistente para orientações de mudança de conduta. Nos casos de instabilidade clínica grave é feito contato com o médico plantonista da emergência que avalia o paciente e entra em contato com o médico assistente ou, em caso de parada cardíaca, aciona a equipe da UTI.

No momento de instabilidade clínica há:

- um enfermeiro que diagnostica a anormalidade mas por vezes não consegue quantificar a gravidade e não tem poder de resolução;
- médico assistente que tem o conhecimento técnico mas não está presente;
- médico da emergência com conhecimento técnico mas apesar de estar no hospital tem outras atribuições que são de grande responsabilidade e demanda;

- o hospital que oferece sua estrutura física e funcional mas não tem poder de decisão quanto ao tratamento oferecido ao paciente mas é co-responsabilizado por problemas no atendimento;
- o paciente que tem uma relação profissional com o médico mas por vezes procura a instituição hospitalar como referência.

Esta estrutura de atendimento, apesar de muito comum nas organizações de prestação de serviço médico hospitalar privados, pode gerar muitos conflitos interpessoais, erros de avaliação, atrasos no atendimento e na definição de condutas.

Um levantamento ao longo dos meses de 2003 e 2004 identificou 15% a 25% (15 a 20 pacientes por mês) das internações na UTI, então com 21 leitos, como pacientes oriundos das unidades de internação. Este grupo era formado por pacientes já egressos da UTI que necessitavam reinternação e pacientes que instabilizavam na unidade de internação (dados da gerencia da Unidade de Terapia Intensiva).

Em 2005 foi realizada uma pesquisa de satisfação entre os médicos e enfermeiras atuantes nas UIs com o objetivo de avaliar a percepção da qualidade médico-assistencial na ótica dos profissionais envolvidos no processo de atendimento aos pacientes instáveis nas enfermarias. Os itens “agilidade na disponibilização dos recursos”, “facilidade em localizar e acessar o enfermeiro” frente às situações de instabilidade e “comunicação quanto ao plano proposto para o paciente” foram identificados como necessitando de melhorias.

O projeto estudado, uma nova proposta de gestão médico-assistencial, foi concebido como uma forma de resolver os problemas identificados e melhorar a segurança do paciente atendido. Foi implantado em julho de 2005 e conhecido como “Projeto Hospitalista ou Projeto de gestão medico-assistencial nas unidades de internação”.

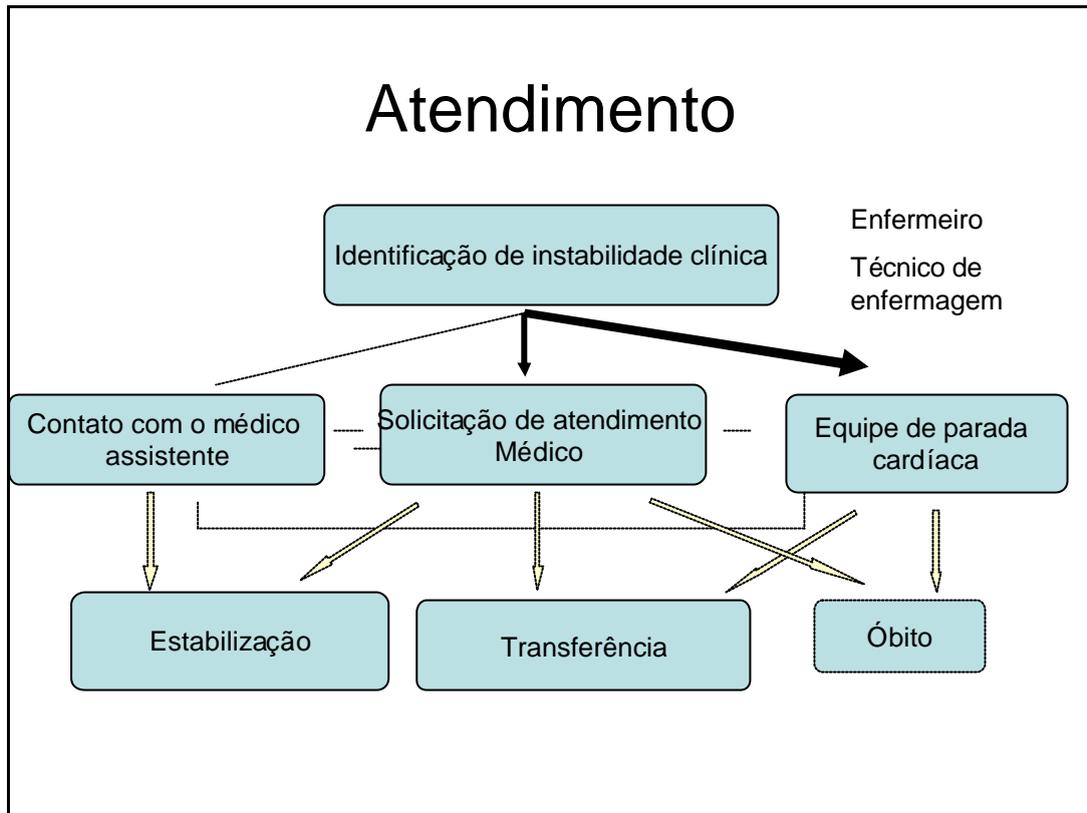


FIG.1 Fluxo de atendimento do paciente na unidade de internação

4.1 DESCRIÇÃO DO PROJETO

O funcionamento planejado do projeto será descrito conforme sugerido por Hulscher et al (2003) para intervenções de melhoria da qualidade adaptada para o tipo de intervenção que o projeto se propõe. Divide-se em 6 itens: características gerais, participantes e grupo alvo, implementação, frequência, informação sobre a inovação, informação sobre a atuação. A variável frequência não se aplica neste tipo de intervenção e, neste texto foi inserida na descrição das informações sobre a atuação.

4.1.1 Características gerais

Segundo documento inicial do projeto intitulado “Modelo Assistencial de abordagem da Complexidade nas Unidades de internação” (JACQUES; JACQUES, 2005, disponível nos arquivos do projeto) os objetivos iniciais eram:

Objetivo Geral: determinar um padrão de atendimento clínico intensivo a pacientes identificados como instáveis nas unidades de internação fora da emergência e da Unidade de Tratamento Intensivo, de modo eletivo ou na condição de urgência.

4.1.2 Objetivos Específicos

- identificar pacientes instáveis ou potencialmente instáveis através de critérios previamente elaborados
- atuar de modo precoce e eletivo nas situações de risco
- se identificada necessidade de transferência para a UTI iniciar tratamento indicado até que a transferência ocorra.
- participar do planejamento da assistência e do sistema de gestão da qualidade do modelo assistencial como um todo

Intervenção foi em dois pontos principais do atendimento aos pacientes das unidades de internação:

- promover atendimento precoce e resolutivo dos pacientes com instabilidade clínica com apropriação do suporte terapêutico às necessidades do paciente
- auditar e promover o uso adequado de profilaxia de trombose venosa profunda em pacientes de alto risco num primeiro momento, posteriormente podendo ser ampliado para outros protocolos clínicos

Não foi necessária mudança na estrutura física ou aquisição de material de alto custo.

Inicialmente houve necessidade de contratação de 3 médicos para exercer a atividade durante 12 horas diárias no total (turnos de 4 horas). A cobertura da equipe é de 12 horas diurnas 5 dias por semana e nos feriados. Foi planejado inicialmente que durante as noites e finais de semana o atendimento seria realizado pelos médicos da Unidade de Tratamento Intensivo que estariam envolvidos com o conceito deste modelo assistencial. Não sendo necessárias novas contratações. A equipe de enfermagem e fisioterapia já envolvida previamente na assistência foi incorporada ao projeto.

4.1.3 Profissionais participantes:

Um gestor experiente responsável pela coordenação e avaliação do grupo.

Foi formado um grupo de 3 médicos com formação em Medicina Intensiva que foram contratados para exercer esta atividade com exclusividade no período de 4 horas diárias.

Os 12 enfermeiros responsáveis pela assistência diurna nas unidades de internação têm a função de fazer a avaliação dos pacientes em cada turno. Os 6 enfermeiros executivos fazem o levantamento de dados e as funções administrativas das unidades.

A equipe de fisioterapia formada por 18 profissionais distribuídas por todas as unidades de internação.

Um farmacêutico clínico já ativo na empresa acumulou funções de auditoria e acompanhamento diário das prescrições

4.1.4 Implementação:

O gestor e os médicos contratados para a atividade eram conhecidos previamente por trabalharem em outros setores da instituição, têm experiência

em pacientes graves e formação em Medicina Intensiva e são respeitados pelo restante do grupo.

As reuniões iniciais contaram com a presença de representantes de todas as especialidades envolvidas que discutiram e ajustaram a estrutura do atendimento. Os fisioterapeutas e as enfermeiras foram orientados e treinados a atuar nos momentos de instabilidade e os protocolos de atendimento de disfunção respiratória e choque foram montados por grupos multidisciplinares e discutidos em reunião.

4.1.5 Atividade

A demanda de atendimento da instabilidade clínica é difícil de ser prevista por ser dependente do número e do perfil de pacientes internados.

A atividade se inicia na ação do enfermeiro que avalia todos os pacientes no seu turno e, conforme a variação dos sinais vitais estabelece uma pontuação no MEWS – *Modified Early Warning Score* (usa pontuação para alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória, sensório, pressão arterial, temperatura). Os sinais vitais e o MEWS são anotados em instrumento próprio identificado para cada paciente (anexo 1). Este escore foi proposto por ser de fácil execução e apresentar boa sensibilidade à deterioração clínica (SUBBE et al, 2001). Se a pontuação for maior que 3 ou houver outros critérios clínicos que causem preocupação na equipe o médico é acionado através de um *Pager*. No momento de identificação da instabilidade qualquer membro da equipe pode acionar o médico.

O médico deve fazer contato imediatamente, faz o atendimento, solicita exames e encaminha o paciente para outra área do hospital se for necessário. O registro do atendimento é feito no prontuário do paciente e no instrumento de acompanhamento da equipe (anexo 2). O contato com o médico assistente é realizado quando é necessária intervenção ou definição de conduta.

Apesar de ter funções mistas o médico da equipe será chamado neste texto de hospitalista como ficou conhecido e é identificado na organização.

Há um fisioterapeuta por unidade de internação que é acionado nos casos em que a dificuldade respiratória é a causa do chamado.

A função mais adaptada ao modelo de hospitalista foi planejada em dois pontos principais:

- a farmacêutica clínica revisa todos os pacientes egressos da UTI, os internados na Unidade de Cuidados Respiratórios e na unidade de traumatologia diariamente verificando a adequação do uso de profilaxia para trombose venosa profunda e acionando o médico da equipe para que faça contato com o médico responsável e mudanças na prescrição quando necessário.
- a avaliação médica dos pacientes internados nas unidades vindos da emergência após as 16 horas e outros com maior risco definido como idade maior 65 anos, comprometimento neurológico ou pulmonar crônico e pacientes egressos da UTI.

A possibilidade da atuação de vários profissionais com diferentes formações e a interface com o médico assistente é uma oportunidade de atividade informativa e multiplicadora.

4.1.6 Informação sobre a atuação

O levantamento dos dados é compartilhado pelos médicos do projeto, as enfermeiras executivas e a farmacêutica. Foram elencados itens de acompanhamento baseados na literatura disponível e considerando o ineditismo da experiência em ambientes de assistência médica semelhante. São eles:

- 1) características demográficas dos pacientes atendidos;
- 2) tempo decorrido do chamado ao início do atendimento;
- 3) identificação do problema desencadeante do atendimento com tentativa de identificar síndromes mais comuns;
- 4) tipo de procedimento realizado pela equipe;

- 5) o número de paradas cardio-respiratórias (PCR) atendidas na unidade:

Calculada usando o número de PCR no período no numerador e o número de altas dos andares atendidos pela equipe no mesmo período no denominador multiplicado por 1000.

- 6) número de transferências para outras unidades:

Calculada em número absoluto e em proporção ao total de pacientes atendidos.

- 7) taxa de adequação da profilaxia para trombose venosa profunda nos pacientes-alvo do projeto.

Calculada pelo número de pacientes/dia com profilaxia adequada no numerador e o número de pacientes/dia total avaliado no denominador multiplicado por 100.

Estes aspectos serão objetos de análise deste estudo e discutidos mais adiante no texto.

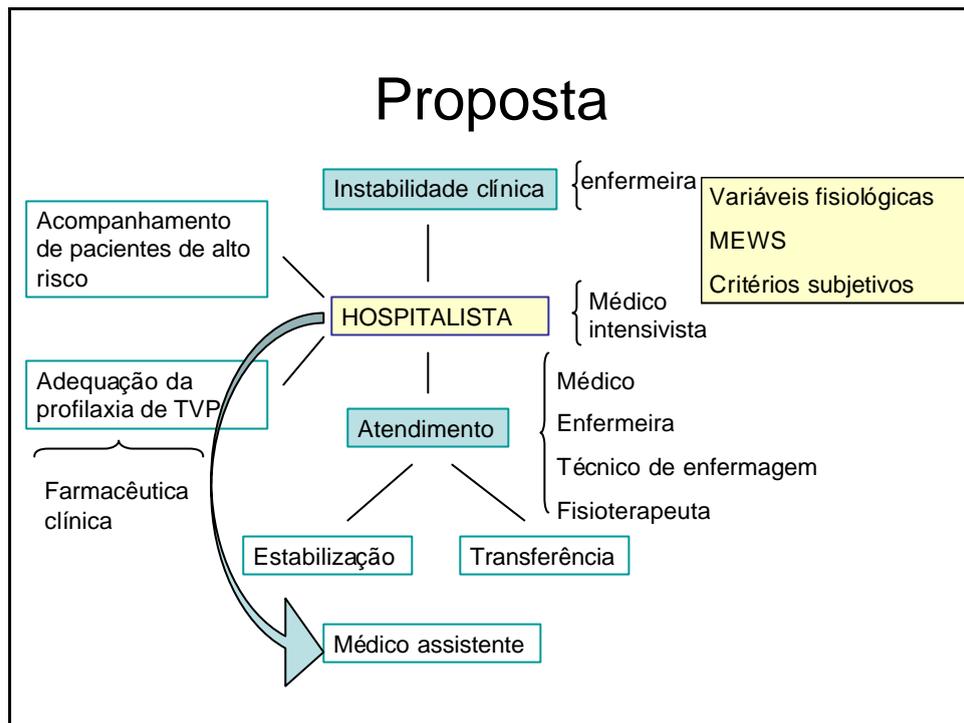


FIG 2. Fluxo de atendimento proposto pelo projeto

5 MÉTODO

Segundo Contandriopoulos et al (1997), avaliação é o julgamento sobre uma intervenção ou qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão.

Quanto à avaliação das práticas de saúde há grande variação nos conceitos e enfoques possíveis, as várias áreas de conhecimento envolvidas na produção de pesquisa, como a medicina, a epidemiologia e a saúde pública mostram a amplitude da temática e o quanto é difícil limitá-la (NOVAES, 2004).

Uma das formas de avaliação em saúde é a pesquisa avaliativa que, conforme Silva (2005), é o julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir de uma pergunta não respondida na literatura especializada através de metodologia científica. A pesquisa avaliativa se preocupa com as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção e, dependendo de seu propósito, avaliar a adequação do programa em relação às necessidades, o efeito, a eficiência, a qualidade técnico-científica, o processo de implantação ou o relacionamento entre os agentes envolvidos (SILVA, 2005).

A análise de implantação mede a influência do contexto e da variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos. Denis e Champagne (1997) sugerem que a análise do contexto seja feita através da teoria das organizações avaliando a perspectiva racional, desenvolvimento organizacional, psicológico e político isoladas ou em conjunto. A mudança depende não só da estrutura disponível, mas também do interesse pessoal e político envolvido em cada uma das etapas.

Foi realizada pesquisa avaliativa na forma de análise de implantação com o propósito de avaliar o grau de implantação, perceber o contexto em que o projeto foi inserido e suas inter-relações com os serviços do hospital. Para

atingir os objetivos propostos foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os vários atores com interface no projeto. As várias fontes de informação foram necessárias para desenhar com maior precisão o contexto em que o programa está inserido e a dinâmica de funcionamento permitindo a crítica intersubjetiva e comparação (STENZEL, 1996).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com:

- os participantes do grupo (3 médicos intensivistas, o médico gestor do projeto, 3 enfermeiras executivas que participaram da formação do projeto e a farmacêutica clínica);
- Os diretores da instituição (médico e administrativo) com o propósito de avaliar a forma como a alta administração avalia o projeto e quais as funções dentro da perspectiva gerencial da organização;
- 6 médicos assistentes escolhidos aleatoriamente, por sorteio, entre os que já tiveram interface em mais de 3 oportunidades com o novo modelo.

Aos entrevistados foram solicitadas as seguintes informações: os objetivos que o novo programa, a participação no planejamento e implantação do projeto, as dificuldades esperadas durante a implantação do projeto quanto ao funcionamento e a relação com os serviços do hospital, a função exercida, as dificuldades identificadas no decorrer destes meses e as ações decorrentes.

As informações das entrevistas, de atas das reuniões, de documentos e relatórios foram analisadas e serão descritas e discutidas comparando com a literatura disponível.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto deste estudo tem como característica principal o atendimento de pacientes instáveis. Para que seja realmente atuante e eficaz é necessário que alguns itens sejam cumpridos de forma adequada: a correta identificação dos pacientes instáveis, a comunicação adequada com o médico que fará o atendimento, rapidez na resposta ao chamado, atuação resolutiva e disponibilidade de leitos nas unidades de maior complexidade quando necessário.

Por ser este um projeto multifacetado os resultados serão apresentados e discutidos em seqüência permitir maior clareza.

6.1 CONTEXTO DE INSERÇÃO NA ORGANIZAÇÃO

Além da mudança no fluxo de atendimento do paciente instável este modelo adiciona um intermediário que representa o hospital como co-participante no tratamento e não como provedor das necessidades e solicitações do médico para o diagnóstico e tratamento do paciente. A possibilidade de maior agilidade no atendimento e a ação em patologias específicas podem ser contrabalançadas por interferências não desejadas pelos assistentes, dificuldades de comunicação e responsabilização.

A proposta foi entendida por gestor, direção médica e direção administrativa como uma forma de melhorar a segurança oferecida ao paciente internado, diminuindo a possibilidade de eventos complicações de procedimentos e permitindo a vigilância e o tratamento mais sistemático dos pacientes nas Uls.

Nos últimos anos houve investimento na qualificação da gestão dos serviços médicos, adoção de protocolos e rotinas assistenciais e acompanhamento de indicadores de qualidade e metas. Neste aspecto a organização estaria oferecendo um serviço com funções específicas, indicadores e metas que permeia todas as outras especialidades. Olhando o projeto como um serviço prestado ao médico assistente consolidaria uma parceria que tem sido construída com as especialidades médicas.

Nas palavras do diretor médico “este é o modelo que subordina pessoas a processos e não mais pessoas a pessoas”.

O investimento financeiro inicial é defendido pela direção como um investimento de longo prazo na melhoria da qualidade, acompanhando a proposta de aumento da complexidade dos pacientes internados. A possibilidade de melhoria na assistência e apropriação dos leitos para a gravidade do paciente resultando em diminuição do tempo de permanência pode servir de referencial para diferenciação do repasse pelas fontes pagadoras. O pagamento baseado em indicadores de qualidade é defendido pela direção como forma de premiar a boa prática. Quando questionados sobre a possibilidade desta forma de remuneração ser colocada em prática em breve pelas operadoras houve unanimidade sobre a necessidade de movimentos como estes serem feitos e foram citados serviços já negociados nestes moldes.

Outros benefícios citados foram melhora da relação com o corpo assistencial, especialmente o grupo de enfermagem diminuindo o desgaste dos contatos com o médico assistente e do médico da emergência que não necessita sair do seu local de trabalho. A possibilidade de aprendizagem constante com o contato com médicos comprometidos com a organização e com a consolidação de um conhecimento próprio resultante de uma experiência inédita neste contexto também são aspectos valorizados.

6.2 PROCESSO DE PLANEJAMENTO

Durante o planejamento houve participação ativa das diversas áreas envolvidas (médicos, enfermeiras e farmacêutica) na discussão da forma de atendimento ao paciente e de métodos de comunicação com um bom

nivelamento de conceitos e objetivos iniciais. O fato de ser uma resposta aos problemas vivenciados diariamente e cuja responsabilidade recaía na equipe de enfermagem facilitou a adesão e a participação iniciais. Somente a equipe de suporte nutricional não tinha objetivos iniciais definidos, participou da fase de discussão, mas não ficou engajada no projeto.

Na literatura as experiências diferem quanto a forma de preparação da equipe desde períodos de dois meses (BELLOMO, 2004) até 4 semanas antes da implementação (PRIESTLEY et al, 2004). O IHI sugere que a implementação seja progressiva usando inicialmente em pequena escala e posteriormente, após ciclos de avaliação e aperfeiçoamento, para toda a organização. A literatura dá ênfase nas formas de informação e comunicação prévia a implementação sugerindo que sejam usadas todas as formas disponíveis (cartazes, jornais, meios eletrônicos) para informar os critérios de chamada e a forma de funcionamento do time de resposta rápida (BELLOMO, 2004, HILLMAN; CHEN, 2005). No projeto estudado o principal desencadeante do atendimento é a avaliação do enfermeiro que tem domínio dos critérios de chamada e foram amplamente envolvidos. Diferente de outras experiências em que há um profissional da enfermagem específico na equipe que vai atender o paciente, este modelo incorpora o enfermeiro da UI tornando-o parte ativa da assistência e comprometendo-o com o funcionamento do modelo assistencial.

Não houve informação ou discussão com o corpo clínico em nenhuma fase do projeto. Como a intenção dos gestores era de passar a idéia de segurança, de prestação de serviço e auxílio foi antevisto que a receptividade seria boa a possibilidade de apresentação antes do início do funcionamento da equipe foi discutida, mas abandonada posteriormente. O resultado é que a informação ficou restrita aos participantes diretos do atendimento exigindo que, no início das atividades, os médicos apresentassem a equipe e a nova função. Apesar disso percebe-se uma boa aceitação e entendimento dos objetivos do projeto quando do contato. Alguns entrevistados verbalizaram que, mesmo com os canais de comunicação consolidados com as especialidades, os projetos da organização não são bem divulgados:

A gente sentia falta de um anteparo da instituição para resolver algumas coisas..., pegar as desestabilizações no início.

Se fossem comunicado ao corpo clínico as medidas, vamos fazer tal ação , isto é estratégico para o hospital.... muito mal-entendido seria evitado.

A escolha dos médicos participantes foi de grande importância. O fato de serem reconhecidos e respeitados facilitou a incorporação do serviço à prática diária. Esta característica foi ressaltada pelo gestor, por dois dos médicos assistentes entrevistados e pelas enfermeiras. A competência técnica, a capacidade resolutiva e o comportamento conciliador e não julgador ou punitivo também foram essenciais para a credibilidade do projeto e já haviam sido descritos como características importantes dos membros do MET (IHI, 2005). Os próprios médicos identificam o bom relacionamento e o nivelamento técnico como pontos fortes.

A opção por médicos como responsáveis diretos pelo atendimento foi acertada considerando que a instituição é privada e tem o médico como principal responsável pelo direcionamento do atendimento. A inserção de um outro personagem médico no atendimento permitiu que a aceitação do corpo clínico fosse tranqüila e o atendimento da equipe com autonomia e agilidade quando da necessidade de procedimentos.

Alguns grupos descrevem Times de Resposta Rápida baseados em diferentes profissionais. Grupos formados por médico e enfermeira (PITTARD, 2003) que respondem aos chamados em conjunto, um enfermeiro com experiência em Terapia Intensiva fixa na UI auxiliando a equipe na assistência (IHI, 2005) ou formados por médicos intensivistas em treinamento e não exclusivos para este fim, mas que contam com supervisão (BELLOMO, 2004). É importante que a equipe seja coesa, consiga trabalhar em grupo e seja tecnicamente competente. Os componentes devem ser escolhidos conforme as necessidades e possibilidades da organização.

6.3 FORMAS DE GATILHO

A identificação precoce da instabilidade e o tratamento precoce estão relacionados com melhora no desfecho de várias síndromes clínicas (BRYAN-BROWN; DRACUP, 2004). Neste modelo de assistência há necessidade de definir critérios para os quais os profissionais serão acionados. O modelo de

gatilho ideal é sensível na identificação precoce da instabilidade clínica, é específico a ponto de não sobrecarregar a equipe com chamados pouco significativos e é fácil de ser aplicado.

As variações nos sinais clínicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, oximetria, tensão arterial e estado de consciência) são comumente usadas na avaliação do paciente (JACQUES et al, 2006). Subbe (2003), o mesmo autor que inicialmente descreveu o MEWS, não encontrou mudança na mortalidade, no número de paradas cardio-respiratórias ou no número de transferências para a UTI quando usando o MEWS>4 para sinalizar gravidade. O sistema de saúde inglês apresenta algumas sugestões de chamada, todas considerando variáveis fisiológicas, débito urinário e algumas incluindo critérios laboratoriais. Goldhill e McNarry (2004) encontraram relação entre anormalidades fisiológicas e mortalidade em 30 dias. O MEWS foi usado por Priestley et al (2004), Buist et al (2002) e Bellomo (2004) usaram uma tabela com critérios clínicos e fisiológicos para chamada. Como bem citado pelo Department... (2005) não há forma de gatilho ideal, que seja suficientemente sensível e não há substituto para a avaliação clínica.

Na organização estudada o MEWS foi escolhido como gatilho e o ponto de corte para avaliação do médico é 3 pontos. Os enfermeiros das unidades de internação aplicam o score em todos os pacientes internados no momento da avaliação dos sinais vitais quatro vezes ao dia (às 06, 11,17 e 22 horas). A opção por avaliar todos os pacientes e não somente os de risco ou com determinadas patologias mantém a cobertura do serviço a todos os pacientes e é um ponto positivo importante desde que não sobrecarregue o enfermeiro.

6.4 IMPLANTAÇÃO

Após o período de planejamento o novo modelo foi implantado em todas as unidades de internação com exceção da emergência e do centro cirúrgico. O serviço foi disponibilizado durante 12 horas diárias nos dias úteis e feriados. O atendimento nos demais turnos e finais de semana foi mantido da forma tradicional, isto é, através do médico alocado na emergência.

A principal limitação para o uso dos médicos intensivistas nos turnos da noite conforme o plano inicial foi o fato de a UTI também estar em processo de mudança da sua forma de atuação e implantando vários protocolos assistenciais que ficaram sob responsabilidade da mesma pessoa que faria estes atendimentos. A possibilidade de sobrecarga de trabalho e o deslocamento deste profissional da área de pacientes críticos foram os motivos citados. Formas de aproveitamento de pessoal alocado em outras áreas têm sido criticadas por estes mesmos motivos. A motivação inicial por uma nova atividade pode manter o entusiasmo por um tempo, mas não um sucesso prolongado. Bryan-Brown e Dracup (2004) sugerem que a diminuição de tempo de UTI, prevenção de internação na UTI e a redução complicações justificam a contratação de uma equipe exclusiva para este fim. No caso estudado este investimento financeiro foi descartado no início das atividades devido ao ineditismo da experiência em nosso meio, em outras palavras, era necessário que o projeto mostrasse eficácia para que o investimento se concretizasse.

Todos os profissionais entrevistados sugeriram que a principal melhoria a ser realizada no serviço seria a ampliação do tempo de atuação. Cada grupo citou motivos diferentes para esta necessidade: o gestor e os diretores referiram a necessidade de dar segurança ao paciente, os médicos assistentes acham que o atendimento prestado durante o período de atuação do médico hospitalista é melhor e mais comprometido com o resultado e acompanhamento do paciente e portanto mais resolutivo.

Minha sugestão é que se estendesse para os sábados e domingos. Pessoas que tivessem esta mesma função e que dessem mais proteção para o paciente e tranquilidade para a gente.

Nas palavras de uma das enfermeiras entrevistadas:

Agora ficou muito melhora, a gente só precisa ligar e chamar o hospitalista que atende e depois fala com o médico assistente, de noite a gente liga para o médico assistente, ele pede para chamar o plantão e as vezes ele não pode subir logo e a gente não pode fazer até que ele chegue.

Os enfermeiros entrevistados trabalham com o projeto em funcionamento e citam que houve uma mudança importante na resolução dos problemas relacionados aos pacientes instáveis. A diferença é sentida principalmente nos finais de semana quando são os mesmos enfermeiros e técnicos que fazem o atendimento, mas com suporte tradicional.

As experiências na literatura variam quanto ao grau de cobertura. Segundo documento divulgado pelo Departament... (2005), somente metade dos hospitais ingleses, onde o serviço de saúde recomenda a criação do serviço com cobertura das 24 horas e 7 dias na semana, tinha CCOT nos finais de semana. Alguns funcionam baseado no serviço de profissional alocado em outra unidade durante a noite (BELLOMO, 2004) mas mantém a mesma lógica de atendimento, outros mostraram diminuição da taxa de reinternação na UTI mesmo com aporte do CCOT por 12 horas (BALL; KIRBY; WILLIAMS, 2003).

A ação da farmacêutica clínica iniciou nos pacientes de alto risco que são os egressos da UTI, os internados na Unidade de Cuidados Respiratórios e os pacientes com problemas traumatológicos. Nos primeiros contatos do médico com os assistentes foi necessário explicar que esta nova ação estava sendo oferecida, mas a receptividade foi boa. O fato deste controle e intervenção já estar sendo feito na UTI anteriormente foi bom para a aceitação.

Os pacientes egressos da UTI não são acompanhados de modo eletivo até o momento. O motivo identificado foi a alta preferencial dos pacientes dependentes para a área de cuidados respiratórios onde a atuação do médico do projeto já é mais freqüente.

Após uma fase de aprendizagem e modificações nos instrumentos de coleta de informação se seguiu ao período de estabilidade na forma de atuação.

6.5 RESULTADOS

A avaliação dos primeiros seis meses de funcionamento mostrou:

6.5.1 Cobertura

Um total de 6472 pacientes foi internado no período de 6 meses nas Unidades de Internação. A equipe foi acionado 554 vezes (8,55% dos pacientes ou 85/1000 internações) e foram realizadas 251 reavaliações (3,87%). Esta freqüência de chamado é maior que o descrito nas experiências

internacionais onde 40 chamados/1000 pacientes foi considerado bom (JONES et al, 2006; HILLMAN; CHEN, 2005).

Este indicador é de difícil avaliação, pois deve ser considerado junto com a apropriação do motivo da chamada. A característica do projeto estudado é de critérios de chamada mais sensíveis, tolerando chamadas para motivos menos complexos. Mesmo assim em média 18,5% dos pacientes internados nas unidades de internação pontuam MEWS acima de 3 em algum momento da internação. Segundo os enfermeiros quando a dor é o motivo de pontuação maior esta é tratada e o médico não é acionado. Ao mesmo tempo somente 0.2% dos chamados foi motivado por pontuação elevada. Não há informação quanto a que ação é tomada quando o score é maior que 3 e o hospitalista não é chamado.

Estes dados junto com as informações obtidas nas entrevistas sugerem que o MEWS tem sido usado mais como uma forma de monitoração clínica do que como gatilho. A facilidade da aplicação e a capacidade de chamar a atenção para pacientes mais instáveis, mesmo que sem necessidade de intervenção imediata, são alguns pontos importantes levantado e que justificam a manutenção do processo de avaliação, mas há necessidade de uma abordagem mais sistemática de outros desencadeantes de atendimento.

6.3.2 Perfil de atendimentos

O tempo médio entre a solicitação e o início do atendimento foi de $2,4 \pm 1,5$ min. O que é considerado muito rápido. Alguns autores toleram até 30 minutos entre a chamada e a resposta (BELLOMO, 2004).

O principal motivo de chamado foram alterações respiratórias (160 casos – 35,1%), seguido de alterações neurológicas (54 casos – 11,8%) e dor (43 casos – 9,4%). Este perfil de atendimento é semelhante ao descrito por Jones et al (2006) onde em 400 chamados a presença de dispnéia, hipóxia e taquipnéia foi citada em 55% dos pacientes e alteração da consciência em 23%.

As condutas consistiram basicamente na prescrição de medicações (53,2%) e solicitação de exames (36,6%).

Em 15% dos casos os pacientes foram transferidos destes 82,1% (69 pacientes) para o UTI, 16,7% (14 pacientes) para unidade de cuidados respiratórios e 1% (1 paciente) para leito com telemetria.

Procedimentos de estabilização do quadro respiratório foram utilizados em 22 casos (3%) e sendo que 6 pacientes foram submetidos a entubação traqueal.

Estes dados sugerem que há uma tendência a identificação das síndromes mais comuns que necessitam a intervenção do médico em caráter de urgência. A possibilidade de desenvolvimento de plano de atendimento sistemático e treinamento específico nos moldes dos cursos de imersão pode ser uma oportunidade de educação para médicos e enfermeiros em formação.

No período que antecedeu a implantação do projeto ocorreram 19 paradas cardio-respiratórias (PCR) em 4390 altas das unidades de internação, média de 4,35 PCR /1000 altas, após a implantação foram atendidas 10 PCRs e ocorreram 6472 altas resultando numa taxa média de 1,57 PCR /1000 altas, uma redução de 64 % na taxa de PCR /1000 altas.

A taxa de mortalidade hospitalar no período não mudou (2,9%). Não há quantificação do número de ordens de não reanimação discutidas pelos médicos do projeto, o que poderia esclarecer se a mudança foi na apropriação da ação médica em relação ao prognóstico ou se houve uma transferência de mortalidade para a UTI. A avaliação dos dados sobre gravidade dos pacientes no momento da internação na UTI, separando os pacientes que são inicialmente atendidos pelo hospitalista e dos que são atendidos pelo sistema tradicional pode permitir a análise quanto a precocidade da internação. Estes dados estão ainda em processo de revisão. Em análise provisória não houve diferença nos desfecho de mortalidade dos pacientes que foram transferidos no horário de funcionamento do hospitalista quando comparado com o horário de funcionamento tradicional, mas este dado é difícil de ser valorizado sem a avaliação de um escore de gravidade.

6.5.3 Atuação preventiva

Como já descrito anteriormente os pacientes candidatos a avaliação e acompanhamento quanto ao uso correto de profilaxia de trombose venosa são os egressos da UTI, os pacientes internados na unidade de cuidados respiratórios e os pacientes submetidos a procedimentos traumatológicos de alto risco para trombose venosa profunda (artroplastia de quadril, joelho e fraturas de membros inferiores).

No período de oito meses foram avaliados 1238 pacientes, totalizando 6650 pacientes/dia. Destes 5999 (90%) tinham profilaxia adequada para sua condição clínica. No restante foi necessário intervir entrando em contato com o médico assistente do paciente. Sendo possível reajustar a medida profilática em 358 oportunidades (54% do total de paciente/ dia inicialmente considerado inadequado). A meta inicial era 85% de adequação sendo em abril de 2006 elevada para 90% devido aos bons resultados. O tempo de funcionamento ainda não permite que se identifique um processo de aprendizado, mas há maior familiaridade e receptividade no decorrer do tempo.

7 CONCLUSÃO

O Projeto Hospitalista ou Time de Resposta Rápida usa o conceito de precocidade da assistência presente na literatura internacional adaptada para as necessidades e as características da organização. As evidências de benefício em desfechos específicos estão sendo construídas, mas já há ampla aceitação da idéia como forma de oferecer segurança ao paciente pelos organismos internacionais.

A organização mostra entusiasmo quanto ao projeto tanto a nível diretivo quanto a nível operacional. e pode ganhar com a melhor apropriação dos leitos, com a disseminação do conhecimento e a possibilidade de negociação diferenciada com as fontes pagadoras. Não há estudos quanto ao impacto deste tipo de serviço na satisfação do paciente o que poderia ser um foco de análise no futuro.

A principal característica é o atendimento de pacientes instáveis nas Unidades de Internação. A implantação foi rápida, embora parcial e a aceitação muito boa por todos os profissionais entrevistados porque veio resolver um problema já identificado anteriormente. A forma como a equipe atua minimizou os conflitos é um dos pontos-chave para o funcionamento adequado. Outros pontos fortes identificados são a informação sistematizada e a troca das informações e possibilidade de aprendizado entre as especialidades.

O processo de gatilho escolhido mostrou-se mais importante para fins de entendimento da situação clínica do paciente internado que para a estratificação de risco imediato. Hoje o gatilho é ainda subjetivo, baseado na avaliação clínica que pode ter maior variabilidade. Uma outra proposta de itens avaliados ou o aumento do ponto de corte pode melhorar o funcionamento a especificidade do escore.

A extensão da cobertura para os turnos da noite e finais de semana que é esperada pelos profissionais entrevistados e programada pelos diretores além de oferecer um modelo assistencial uniforme permitirá que as internações de emergência no UTI possam ser avaliadas como um todo, e auditados os processos de atendimento anteriores.

A participação na identificação pacientes que não são candidatos a reanimação, hoje não quantificada, pode trazer informações importantes para análise dos desfechos e explicar a diminuição do número de paradas cardíacas sem mudança no número de óbitos hospitalares.

Identificação de síndromes clínicas com propostas sistematizadas atendimento e processos educacionais internos e externos são formas de consolidar o conhecimento adquirido e mostrar a inovação no nicho de mercado.

É importante citar que esta proposta não resolve problemas de inadequação no número de leitos de UTI ou de inadequação na qualificação ou no número dos profissionais responsáveis pelo atendimento na UI.

A função “hospitalista” inicialmente planejada foi parcialmente implantada. Hoje é baseada principalmente no trabalho da farmacêutica clínica com posterior interferência do médico hospitalista. O processo é trabalhoso, extenso e baseado em uma ação individual. O desenvolvimento da tecnologia de informação deverá melhorar o processo a curto prazo.

Há um grande nicho de atuação já descrito no projeto inicial no acompanhamento de pacientes de risco, na negociação com os convênios e agilização da alta hospitalar. O envolvimento com outros pontos importantes na dinâmica de assistência ao paciente, como mediações de alto custo e uso de antibioticoterapia, bem como revisão de processos assistenciais podem ser novos focos de atuação desta equipe.

Apesar do grande potencial de expansão é necessário que haja uma programação minuciosa devido ao grande número de chamados. Seria necessário primeiro escolher entre a ampliação das ações com restrição dos chamados atuais e conseqüente perda de sensibilidade e a manutenção desta forma de ação e ações específicas e mais restritas.

Por fim, este projeto, mesmo não explorando toda sua potencialidade, tem sido um grande diferencial da organização melhorando a segurança do atendimento prestado e a satisfação dos médicos assistentes e dos funcionários.

REFERÊNCIAS

AMIN, Alpesh et al. The hospitalist model of care: a positive influence on efficiency, quality of care, and outcomes. **Critical Pathways in Cardiology**. [S.l.], v. 3, n. 3, supl.1, p. S5-S7, 2004.

BALL, Carol; KIRBY, Margaret; WILIAMS, Susan. Effect of the critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care: non-randomised population based study. **British Medical Journal**. Inglaterra, v. 327, n. 7422, p. 1014-1016, nov. 2003.

BELLOMO, R. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. **Critical Care Medicine**. Baltimore, v. 32, n. 4, p. 916-921, apr. 2004.

BION, J. F.; HEFFNER, J. E. Challenges in the care of the acutely ill. **The Lancet**. London, v. 363, n. 9413, p. 970-977, mar. 2004.

BRAITHWAITE, R. S.; DE VITA, M. A. Use of medical emergency team (MET) responses to detect medical errors. **Qual Saf Health Care**. [S.l.], v. 13, n. 4, p. 255-259, 2004.

BRYAN-BROWN, C. W.; DRACUP, K. Procrastination is the thief of time: surviving guidelines. **American Journal of Critical Care**. Colombia, v. 13, n. 4, p. 287-289, jul. 2004.

BUIST, Michael et al. Effects of medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrest in hospital: preliminary study. **British Medical Journal**. Inglaterra, v. 324, n. 7334, p. 1-6, feb. 2002.

COFFMAN, J.; RUNDALL, T. G. The impact of hospitalists on the cost and quality of inpatient care in the united states: a research synthesis. **Medical Care Research Review**. California, v. 62, n. 4, p. 379-406, aug. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. **Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos**. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CRETIKOS, M.; HILLMAN, K. The medical emergency team: does it really make a difference? **Internal Medicine Journal**. Carlton, v. 33, n. 11, p. 511-514, dec. 2003.

DE VITA, M. A.; BRAITHWAITE, R. S. Use de medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrest. **Qual Saf Health Care**. [S.l.], v. 13, p. 251-254, 2004.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DEPARTMENT of health. Comprehensive Critical Care. A review of adult critical care services. 2000. Disponível em: <www.doh.gov.uk/nhsexec/compcritcare.htm>. Acesso em: 02 maio 2006.

DEPARTMENT of health. Quality Critical Care - Beyond 'Comprehensive Critical Care' A report by the Critical Care Stakeholder Forum. 2005. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/10/50/04121050.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2006.

FRANKLIN, C.; MATHEW, J. Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. **Critical Care Medicine**. Baltimore, v. 22, n. 2, p. 244-247, feb. 1994.

FREESE, R. B. The park nicollet experience in establishing a hospitalist systems. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, v. 130, n. 4, p. 350-354, feb. 1999.

GLOUBERMAN, Sholom; MINTZBERG, Henry. Managing the care health and the cure of disease – part I: differentiation. **Health Care Management Review**. Frederick, v. 26, n. 1, p. 56-69, winter 2001a.

GLOUBERMAN, Sholom; MINTZBERG, Henry. Managing the care health and the cure of disease –part II: integration. **Health Care Management Review**. Frederick, v. 26, n. 1, p. 70-84, winter 2001b.

GOLDHILL, D. R.; MCNARRY, A. F. Physiological abnormalities in early warning scores are related to mortality in adult inpatients. **British Journal of Anaesthesia**. Oxford, v. 92, n. 6, p. 882-884, apr. 2004.

HARADEN, C.; RESAR, R. Patient flow in hospitals: understanding and controlling it better. **Frontiers of Health Services Management**. [S.l.], v. 20, n. 4, p. 3-15, summer 2004.

HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HILLMAN, K.; CHEN, J. Introduction of the emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet**. London, v. 365, n. 9477, p. 2091-2097, 2005.

HOURIHAN, F.; BISHOP, G. The medical emergency team: a new strategy to identify and intervene in high risk patients. **Clinical Intensive Care**. [S.l.], v. 6, p. 269-272, 1995.

HULSCHER, M. E. J. L. et al. Process evaluation on quality improvement interventions. **Qual Saf Health Care**. [S.l.], v. 12, n. 1, p. 40-46, 2003.

IHI - Institute of Healthcare Improvement. Disponível em: <<http://www.ihl.org>>. Acesso em: 02 nov. 2005.

INTENSIVE Care Society. Guidelines for the Introduction of Outreach Services 2002. Disponível em: <<http://www.ics.ac.uk/downloads/icsstandards-outreach.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2006.

JACQUES, Theresa et al. Signs of critical conditions and emergency responses (SOCCER): a model for predicting adverse events in the inpatient setting. **Ressuscitation**. London, v. 69, n. 2, p. 175-183, may 2006.

JONES, D. et al. Medical emergency team syndromes and an approach to their management. **Critical Care**. [S.l.], v. 10, n. 1, p. R30, feb. 2006.

JONES, Daryl; BELLOMO, Rinaldo. Introduction of rapid response system: why we are glad we MET. **Critical Care**. [S.l.], v.10, n. 1, p. 121, feb. 2006.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M. **Donaldson Ms eds to err is human**: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000.

MCQUILLAN, P.; PILLKINGT, S. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. **British Medical Journal**. Inglaterra, v. 316, n. 7148, p. 1853-1858, jun. 1998.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde: no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 147-173, 2004.

PITTARD, A. J. Out of our reach? Assessing the impact of introducing a critical care outreach service. **Anaesthesia**. London, v. 58, n. 9, p. 874-910, sept. 2003.

PRIESTLEY, G. et al. Introducing critical care outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. **Intensive Care Medicine**. Berlin, v. 30, n. 7, p. 1398-1404, 2004.

SCHEIN, R. M. et al. Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. **Chest**. Chicago, v. 98, n. 6, p. 1388-1392, dec. 1990.

SCHROEDER, Steven A.; SCHAPIRO, R. The hospitalist: new boon for internal medicine or retreat from primary care? **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, v. 130, n. 4, part. 2, p. 382-387, feb. 1999.

SILVA, L. M. V. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.15-39.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 1996. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.

SUBBE, C. O. et al. Validation of modified early warning score in medical admissions. **QJM: Na International Journal of Medicine**. [S.l.], v. 94, n. 10, p. 521-526, 2001.

SUBBE, C. P. Effect of introducing de modified early warning score on clinical outcomes, cardiopulmonary arrest and intensive care utilization in acute medical admissions. **Anaesthesia**. London, v. 58, n. 8, p. 797-802, aug. 2003.

SZALADOS, J. E. Critical care teams managing floor patients: the continuing evolution of hospital into intensive care units? **Critical Care Medicine**. Baltimore, v. 32, n. 2, p. 1071-72, 2004.

WACHTER, R. M. GOLDMAN, L. The emerging role of "hospitalists" in the american health care system. **The New England Journal of Medicine**. [S.l.], v. 335, n. 7, p. 514-517, aug. 1996.

WACHTER, R. M. Hospitalist in the United States - mission accomplished or work in progress? **The New England Journal of Medicine**. [S.l.], v. 350, n. 19, p. 1935-1936, may 2004.

WACHTER, Robert M.; GOLDMAN, L. The hospitalist movement 5 years later. **The Journal of the American Medical Association**. [S.l.], v. 287, n. 4, p. 487-494, jan. 2002.

ANEXOS