

UTILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL DE TRANSIÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE PACIENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS: UMA OPORTUNIDADE DE GERAÇÃO DE VALOR PARA AUTOGESTÕES

Reis, Anna Simone Soares; Ramos, J.G.R; Araujo, F.C; Saúde Petrobras – Associação Petrobras de Saúde, Rio de Janeiro – RJ; Clínica Florence, Salvador - BA

INTRODUÇÃO: Cuidados paliativos são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma “assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais psicológicos e espirituais”(1). A abordagem de cuidados paliativos é recomendada para todo paciente que preencha os critérios da definição acima, e é indicada a partir do diagnóstico da doença. Essa abordagem precoce e integrada à terapia modificadora de doença está associada a melhor qualidade de vida, melhores desfechos para os familiares e maior sobrevida para os pacientes.

Dentro da abordagem de cuidados paliativos, na fase final de vida, em que a expectativa de vida geralmente é de semanas ou poucos meses, o modelo assistencial do Hospice, também conhecido como Cuidados Paliativos de Fim de Vida, pode ser indicado (1). Esse modelo assistencial tem ganhado maior relevância, uma vez que até 45% dos óbitos no mundo são decorrentes de doenças crônicas, progressivas e associadas a alto risco de sofrimento, ou seja, patologias candidatas à abordagem de cuidados paliativos(2). Adicionalmente aos benefícios clínicos e maior adesão a terapias adequadas aos desejos e valores dos pacientes, a inserção dos cuidados paliativos de fim de vida está associada a melhores desfechos operacionais, como menor taxa de internação em hospitais gerais, menor tempo de internação hospitalar e menor taxa de internação em unidades de terapia intensiva(3). Assim, a abordagem de Cuidados Paliativos de fim de vida é uma estratégia de potencial geração de valor para os pacientes e para as fontes pagadoras, especialmente as operadoras de saúde em modelo autogestão, que costumam acompanhar seus beneficiários durante todo o ciclo de vida.

Apesar do modelo assistencial de Hospice ser indicado também para pacientes em ambiente domiciliar, o percentual de pacientes que deseja o óbito em domicílio é bastante variável e, ainda mais, o percentual de pacientes que realmente falece em domicílio é ainda menor(4). Isso pode ser decorrente de fatores culturais, mas também de fatores estruturais, como a capacidade de prover o cuidado adequado aos sintomas mais complexos em ambiente domiciliar. Dessa forma, as unidades de hospice em regime de internação têm surgido como uma alternativa de cuidado para esse perfil de pacientes, de maneira a se garantir um cuidado mais apropriado à fase da doença e mais alinhado aos objetivos de cuidado, ao mesmo tempo em que garantindo um uso racional de recursos.

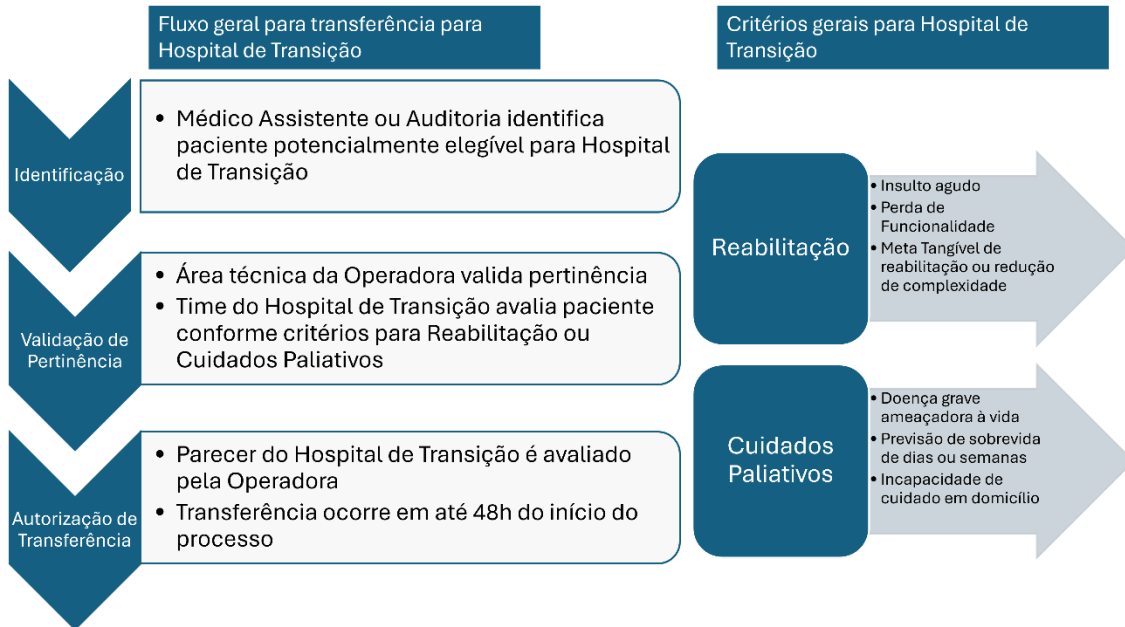
Apesar da utilização do modelo hospice para cuidados de fim de vida já ser uma realidade, a utilização de hospitais de transição como unidades específicas para fornecimento desse tipo de cuidado ainda merece melhor investigação. De maneira especial, a investigação sobre a possibilidade de identificação e manejo de pacientes com necessidades paliativas em hospital de transição ainda parece ser um ponto de potenciais oportunidades de melhoria.

OBJETIVO: Nesse estudo, investigamos o papel de um hospital de transição no manejo de (1) pacientes internados com objetivo inicial de cuidados paliativos e (2) pacientes internados inicialmente com objetivo de reabilitação, mas que tiveram necessidades paliativas identificadas e manejadas no hospital de transição.

MÉTODO: O presente estudo foi aprovado por comissão de ética em pesquisa (CAAE 53032821.0.0000.0047), com dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido. Trata-se de um estudo observacional, do tipo coorte retrospectiva, com dados retirados de prontuário eletrônico de pacientes admitidos entre abril/2017 e maio/2024 em um hospital de transição em Salvador, Bahia, Brasil. O hospital de transição é uma instituição privada, com 60 leitos. Possui atendimento médico e de enfermagem 24/7. O hospital de transição recebe pacientes para cuidados paliativos ou reabilitação, incluindo pacientes em ventilação mecânica ou terapia substitutiva renal. Os serviços de reabilitação são fornecidos diariamente, incluindo fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Demais membros da equipe multidisciplinar, como assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos, também realizam atendimentos sistemáticos aos pacientes.

O paciente potencialmente candidato a internação em hospital de transição é geralmente identificado pelo médico assistente ou auditoria da operadora de saúde. A partir da identificação, é emitido um relatório médico que deve ser avaliado tecnicamente pela área técnica da operadora de saúde. Havendo validação de pertinência pela operadora de saúde, é solicitada uma avaliação para o time do hospital de transição, que realiza uma avaliação clínica do paciente e emite um parecer, incluindo plano terapêutico e previsão orçamentária. Havendo concordância da operadora de saúde, é emitida uma autorização para transferência. Todo esse processo costuma acontecer em até 48 horas após a solicitação da avaliação pelo hospital de transição (gráfico 1).

Gráfico 1. Fluxo e Critérios gerais para Hospital de Transição



A identificação de necessidades paliativas é feita a partir da identificação de paciente com doença grave, ameaçadora à vida, com baixa expectativa de vida e óbito esperado na internação (gráfico 1). Essa identificação é baseada nos critérios: (1) pergunta surpresa positiva (ou seja, o médico não se surpreenderia se o paciente falecesse em menos de 6 meses), associado a baixa funcionalidade em paciente com doença crônica com marcadores de gravidade, ou (2) pacientes com palliative prognostic index (PPI) sugestivo de sobrevivida curta, ou (3) paciente com doença crônica avançada, associada a disfunções orgânicas em piora.

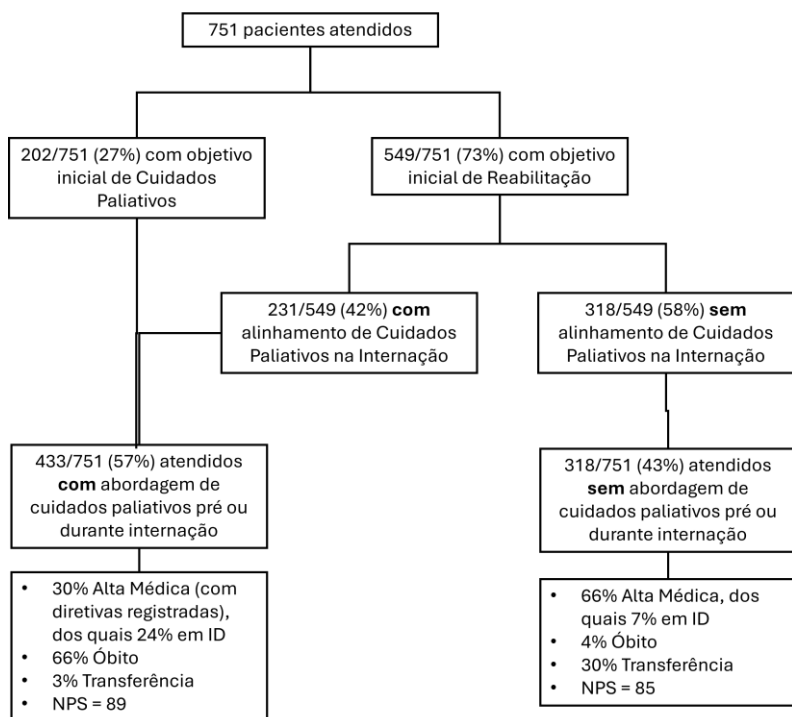
Nesse estudo foram incluídos todos os pacientes admitidos no hospital de transição no período estabelecido, beneficiários da operadora de saúde Autogestão. Não houve critérios de exclusão. Foram observados os desfechos no hospital de transição e, para os pacientes de alta médica, os desfechos de 90 dias, aferidos através de telefonema. A satisfação dos beneficiários com o atendimento no hospital de transição foi aferida através do NPS (Net Promoter Score), medida de satisfação que vai de -100 a +100, em que números positivos indicam satisfação com o serviço prestado, categorizado em zona de qualidade (NPS 51 a 75), zona de excelência (NPS 76 a 90) e zona de encantamento (NPS 91 a 100).

Os dados são descritos como média +/- desvio padrão ou número (proporção). As análises foram realizadas no Microsoft Office Excel 365®.

RESULTADOS: Durante o período do estudo, 751 pacientes beneficiários da Operadora de Saúde Autogestão foram admitidos no hospital de transição. A média de idade foi de 79 anos e 380 (51%) pacientes eram do sexo masculino, 334 (45%) foram admitidos diretamente de unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva e a média de tempo de internação no hospital de origem foi de 25 dias.

Dos pacientes admitidos, 202 (27%) foram admitidos para cuidados paliativos, e 549 (73%) foram admitidos com o objetivo inicial de reabilitação. Dos pacientes admitidos para reabilitação, 231(42%) tiveram alinhamento de cuidados paliativos durante a internação. Dessa forma, ao todo 433 (57%) pacientes tiveram abordagem de cuidados de cuidados paliativos durante a internação no hospital de transição, seja na admissão, ou por definição ao longo da internação (gráfico 2). Desses pacientes, a maioria (65%) foi admitida por diagnósticos não oncológicos.

Gráfico 2. Fluxograma e desfecho dos pacientes atendidos no período, conforme definição de Cuidados Paliativos.



ID = Internamento Domiciliar

A média de tempo de internação no hospital de transição foi de 34 dias e 339 (45%) pacientes foram de alta médica, 109 (15%) foram transferidos para hospital agudo e 300 (40%) foram a óbito na internação. Dos óbitos, 95% foram óbitos esperados, com alinhamento prévio de cuidados paliativos. Dos pacientes com definição de cuidados paliativos (previamente ou durante a internação), 30% foram de alta médica com plano de cuidados descritos em relatório médico de alta e apenas 3% foram transferidos para hospitais agudos. O NPS geral foi de 87, sendo de 91 para os pacientes admitidos inicialmente para cuidados paliativos.

Dos pacientes de alta médica, apenas 13% necessitaram de assistência domiciliar de alta complexidade (internamento domiciliar, ID). Esse número foi maior nos pacientes com definição de cuidados paliativos (24%) do que naqueles sem definição de cuidados paliativos (7%). A mortalidade em 90 dias foi de 9%, sendo de 38% para os pacientes em cuidados paliativos. A taxa de reinternação em 90 dias foi de 29%, sendo que 8% reinternaram no hospital de transição. Essa taxa de reinternação foi influenciada principalmente pelos pacientes com definição de cuidados paliativos, que tiveram taxa de reinternação de 36%, contra 17% dos pacientes em reabilitação. Dos pacientes que com definição de cuidados paliativos que tiveram uma reinternação, 30% foram readmitidos no hospital de transição, porém 70% foram readmitidos em outros hospitais agudos.

CONCLUSÕES: Existe um papel relevante do hospital de transição nos cuidados paliativos, que vai além do cuidado de paciente admitidos inicialmente para cuidados paliativos de fim de vida, com grande ênfase nas discussões e alinhamento em um perfil de paciente atendido inicialmente com o objetivo de reabilitação. Essa abordagem direciona o cuidado de maneira mais apropriada, aumentando a possibilidade de utilização de terapias mais adequadas, em consonância com o desejo e valores dos pacientes, e com menor utilização de terapias potencialmente inapropriadas, reduzindo desperdício de recursos.

No entanto, apesar da alta taxa de satisfação dos pacientes e famílias atendidos, adicionalmente ao olhar atento para permanência e desospitalização, existe uma oportunidade de reforçar o cuidado após a alta, com o objetivo de redução de reinternação em hospitais gerais, com potencial direcionamento desses pacientes para atendimento em modelo hospice em domicílio, ou quando necessário, em regime de internação em hospitais de transição.

Garantir a continuidade do cuidado e transição eficiente entre os diferentes estágios de tratamento pode resultar em melhor coordenação de cuidados, redução de readmissões hospitalares e, em última análise, melhorias na qualidade de atendimento prestado aos pacientes. Dessa forma, o Hospital de Transição, além

da utilização como estratégia de desospitalização, pode proporcionar melhorias expressivas de saúde e incremento de valor para o sistema. Para isso, no entanto, é necessário que as operadoras de saúde/autogestões tenham, além do credenciamento com essas instituições, definições de fluxos que permitam a identificação e acompanhamento adequados desses pacientes ao longo das suas trajetórias de doença.

REFERÊNCIAS

1. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(4):754-64.
2. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2018;391(10128):1391-454.
3. Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, Coe NB, Long AC, Curtis JR. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Crit Care Med.* 2015;43(5):1102-11.
4. Lopes da Silva J, Gomes SA, Costa de Oliveira L, Zanetti de Albuquerque L, Moura LM, Santos Thuler LC, et al. Exploring factors and trends in place of death by cancer: a population-based study in Brazil. *Lancet Reg Health Am.* 2024;34:100764.

DocuSigned by:

Anna Simone Soares Reis

C437DB0012FE40F...

Anna Simone Soares Reis

DocuSigned by:

Fernanda da Cunha Araujo

989DD19D11A64BE...

Fernanda Araujo da Cunha

Documento assinado digitalmente

gov.br

JOAO GABRIEL ROSA RAMOS

Data: 26/06/2024 22:57:34-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

João Gabriel Rosa Ramos