

O CUIDADO PROGRESSIVO DO PACIENTE: UMA EXPERIÊNCIA ADMINISTRATIVA EM CENTRO MÉDICO COMPLEXO

Marcos Kisil¹

Embora seja um processo lento, exigindo uma série de mudanças de comportamento em vários planos, a introdução do cuidado progressivo do paciente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Brasil), a partir dos primeiros anos desta década, já está produzindo significativas alterações para melhor.

A Organização Mundial da Saúde considera “a atenção médica como o conjunto de meios diretos e específicos destinados a colocar ao alcance do maior número de indivíduos, e de suas famílias, os recursos de diagnóstico precoce, tratamento oportuno, reabilitação médica e fomento à saúde”.

O hospital, instituição secular de atenção ao enfermo, necessita assim assumir o papel de unidade mais diferenciada de um sistema integrado de prestação de serviços de saúde, ou, nas palavras de Griffith, “os hospitais devem ser agências comunitárias de atenção à saúde”.

Fazendo parte de uma rede integrada de prestação de serviços, caberia ao hospital participar das diferentes fases de ações de saúde sistematizadas por Leavell e Clarek (Figura 1). Com isso, o hospital estaria integrado na rede de prestação de serviços à comunidade, tanto pelas ações curativas como pelas ações preventivas. Para que isso aconteça o hospital precisaria:

- Aumentar a abertura de suas ações e dar maior flexibilidade aos serviços que oferece;
- Criar uma organização interna que utilize de maneira mais efetiva seus recursos humanos, materiais e financeiros.

Várias fórmulas foram tentadas para integrar um hospital complexo num sistema de atenção à saúde. Entre essas fórmulas, a de

cuidado progressivo do paciente foi uma das que obtiveram maior sucesso.

Conceito de cuidado progressivo do paciente

A partir de 1957, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América passou a difundir a experiência obtida pelo Manchester Memorial Hospital, em Connecticut, através de um modelo que segundo Haldeman “encorajava o desenvolvimento de um padrão de serviços bem coordenados, com base comunitária. Esse modelo era baseado num centro médico capaz de oferecer um amplo espectro de serviços e comodidades tanto para o paciente internado como para o não internado”.

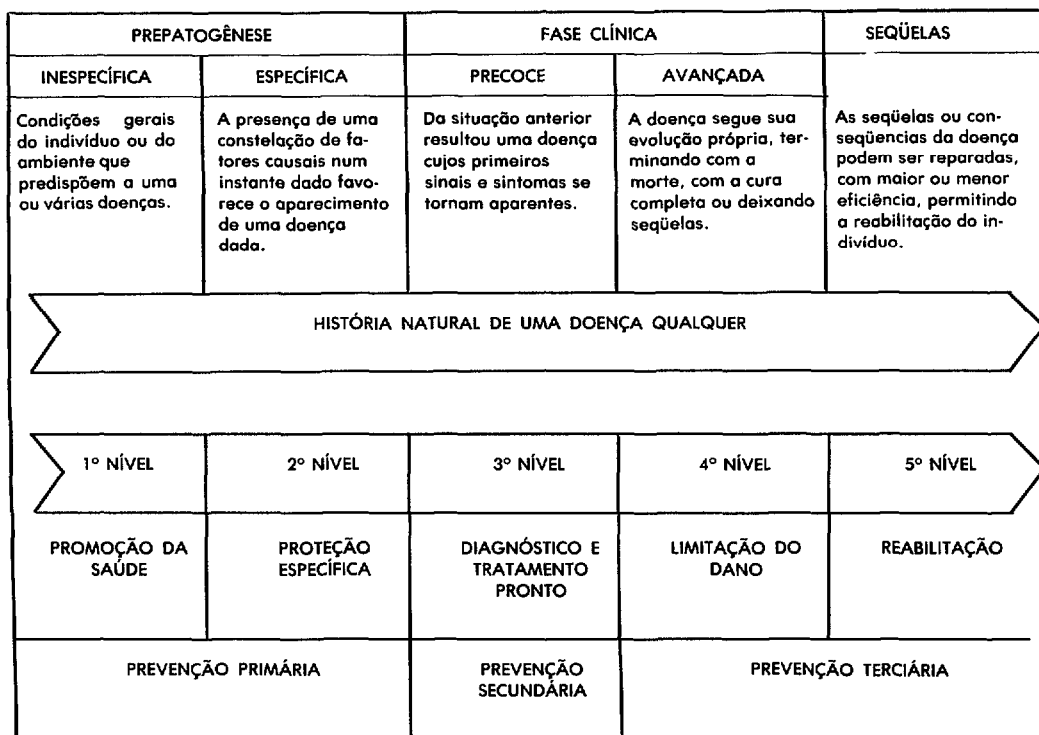
O cuidado progressivo do paciente é definido como uma “classificação sistemática de pacientes de acordo com necessidades observadas pelo médico, enfermagem e facilidades do hospital”. Para tanto o hospital é dividido em unidades; as necessidades do paciente determinam que unidade ele irá ocupar.

Estando numa unidade o paciente pode progredir em direção a qualquer outra unidade, ou pode permanecer numa só se esta preencher todas as suas necessidades.

Originariamente, segundo o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América, o cuidado progressivo do paciente teria as seguintes unidades:

¹Director dos Serviços Técnicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FIGURA 1—Diagrama ilustrativo de conceitos de níveis de aplicação de ações de saúde, de Leavell e Clark, preparado por Chaves, Mário M., em *Saúde e Sistemas* (1972).



a) Unidade de cuidados especiais ou intensivos: para pacientes criticamente enfermos, que não podem comunicar suas necessidades ou que requeiram atenção especial de médicos e enfermagem. Seriam as unidades para coronarianos, recuperação pós-cirúrgica, cuidados respiratórios, unidades de choque. Haverias nessas unidades alta concentração de equipamento e pessoal, sendo o custo do leito/dia o mais alto do hospital.

b) Unidade de cuidados intermediários: para pacientes que requeiram uma quantidade moderada de pessoal e de equipamentos. Seriam todas as unidades de internação de um hospital geral, exceto as de cuidado intensivo e extensivo. O tempo de permanência do paciente é previsível e o custo operacional do leito/dia é mais baixo que o anterior.

c) Unidade de cuidado extensivo ou de crônicos: para pacientes que requeiram atenção médica e de enfermagem diariamente,

com a presença das facilidades de um hospital geral. O tempo de permanência dos pacientes não é previsível. Geralmente é dotada de condições para reabilitação do paciente.

d) Unidade de auto-cuidado: para pacientes ambulatoriais e fisicamente auto-suficientes, que requeiram serviços terapêuticos ou de diagnóstico, ou que estão em fase final da convalescência, porém, necessitando ainda de facilidades do hospital.

e) Unidade de pacientes ambulatoriais: para pacientes que necessitam de diagnóstico e tratamento, atenção preventiva ou de reabilitação.

f) Unidade de atenção domiciliar: para pacientes que podem ser adequadamente atendidos em suas casas, por meio de extensão de determinados serviços hospitalares.

As unidades e) e f) poderiam estar ligadas a outros níveis assistenciais, que não o hospital, como por exemplo "centros de saúde"

ou hospitais regionais, que por sua vez poderiam organizar-se em diferentes subunidades com suas respectivas atividades na comunidade. Tal modelo teria inúmeras vantagens, tais como: racionalidade, flexibilidade, redução do custo hospitalar, diminuição da média de permanência com mais rápido retorno do paciente a sua comunidade.

Ainda assim, a instalação do cuidado progressivo do paciente criaria uma quantidade desconhecida de retroalimentação à dinâmica da organização hospitalar, levando à alteração do alcance dos objetivos hospitalares.

Cuidado progressivo do paciente no Hospital das Clínicas

Desde 1943, quando foi inaugurado, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela complexidade e multiplicidade de seu campo de atuação, deixou de ser um simples hospital universitário para transformar-se num "modelo experimental" da área de assistência hospitalar, quer através da investigação própria de organização de suas unidades, quer através da introdução em nosso meio de conceitos externos que, devidamente adaptados, poderiam fornecer soluções definitivas para nossa realidade.

Tal atitude do seu corpo administrativo fez com que o Hospital das Clínicas atingisse

a cada instante seus objetivos fundamentais de ensino, pesquisa e atenção à saúde.

A introdução do cuidado progressivo do paciente, seguindo as premissas anteriores, exigiu da administração do Hospital das Clínicas a necessária definição e sistematização das unidades, bem como dos critérios médicos e de enfermagem que permitissem a rápida entrada e saída dos pacientes nesse fluxo.

Assim é que, em 1972, Moraes Novaes propunha uma sistematização do processo de produção de saúde no Hospital das Clínicas. Tal sistematização se veio aperfeiçoando nos últimos anos, gerando o modelo ora existente (Figura 2).

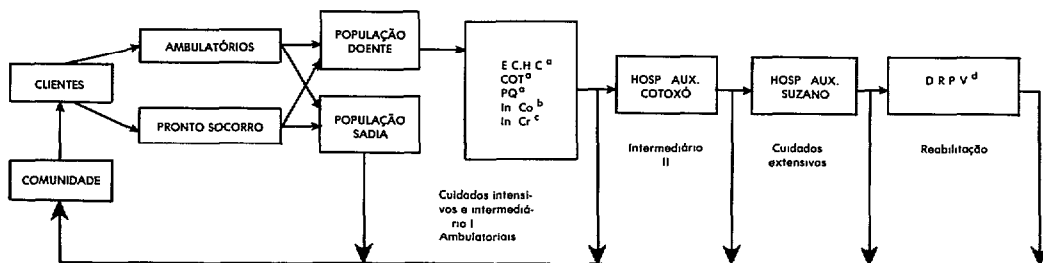
Assim, neste modelo, o cuidado progressivo do paciente se faz pelas seguintes unidades:

1. Unidades de cuidados intensivos: são unidades distribuídas pelo Edifício Central e que ao todo representam 123 leitos (Quadro 1).

Dentro da sistematização proposta, existe a preocupação em agrupar tais leitos numa área física única, onde a concentração das facilidades de atenção se faria de maneira mais efetiva. A concentração de enfermeiras na área é de 0,93 enfermeira/leito, sendo o seu custo operacional o mais alto do hospital, conforme o Quadro 2.

2. Unidades de cuidados intermediários I: são as unidades de internação das diferentes especialidades médicas localizadas no Edifi-

FIGURA 2—Processo de produção de saúde do Hospital das Clínicas de São Paulo.



^aEC-HC = Edifício Central do Hospital das Clínicas

COT = Ortopedia,

PQ = Psiquiatria,

^bInstituto do Coração, a entrar em funcionamento em 1977

^cInstituto da Criança, idem,

^dDivisão de Reabilitação Profissional da Vergueiro

QUADRO 1—Leitos de cuidados intensivos.

Tipo	Leitos (No.)
Pronto socorro	49
Pós-cirúrgicos	28
Queimados	2
Choque	2
Diálise	10
Coronárias	6
Transplante renal	14
Tétano	12
Total	123

cio Central do Hospital das Clínicas (EC-HC), na Ortopedia e Psiquiatria, às quais proxima-mente se incorporarão os Institutos do Cora-ção e da Criança. A distribuição dos 1.552 leitos se encontra no Quadro 3. A concentra-ção de enfermeiras na área é de 0,10/leito. Normalmente recebe pacientes provenientes da unidade de terapia intensiva, exceto pronto socorro.

3. Unidade de cuidados intermediários II: é o Hospital Auxiliar de Cotoxó, com 113 leitos, distante 4,5 km do centro hospitalar e que, nos últimos anos, progressivamente se transformou em unidade de cuidados inter-mediários para os pacientes de pronto socorro (Figura 3). A concentração de enfermeiras é de 0,11/leito.

4. Unidade de cuidados extensivos: é o Hospital Auxiliar de Suzano, com 264 leitos, distante 60 km do centro hospitalar. Sua mé-dia de permanência é a maior do complexo, ao passo que o custo do seu leito/dia é o menor (Quadro 2).

5. Unidade de reabilitação profissional de Vergueiro: distante 7 km do complexo hos-

pitalar, tem como finalidade a reintegração do paciente na sua comunidade. Dela faz parte uma equipe multiprofissional de psicó-logos, médicos fisiatras, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiologistas, que iniciam um programa de reintegração do paciente já na unidade de cuidados intermediários, para que nesta se complete a reintegração com a reabilitação profissional.

6. Unidade de atenção ambulatorial: com-posta de diferentes ambulatórios que seguem a mesma distribuição das unidades de cuida-dos intermediários I. Tais áreas, num futuro próximo (1977), estarão reunidas num novo edifício (Instituto dos Ambulatórios) com capacidade para 5.500 consultas/dia.

7. Unidade de atenção domiciliar: ainda incipiente, porém atuante no Ambulatório de Pediatria Social e no Ambulatório de Moléstias Infeciosas.

No Quadro 2 podemos ver as principais características das unidades de internação (cuidado intensivo, intermediário e extensivo) quanto ao número de leitos, à concentração de enfermeiras por leito, ao custo do leito/dia e média de permanência.

Como foi dito anteriormente, houve ne-cessidade de definição de critérios para passa-gem de uma unidade para outra. Na grande maioria dos caso que envolvem as unidades de terapia intensiva e terapia intermediária I, os critérios são puramente médicos, mas a passagem entre as unidades intermediárias I e II e as de cuidados extensivos necessitou a presença de um grupo triador que estabeleceu "normas" para o encaminhamento, que podem ser vistas no Anexo I.

QUADRO 2—Dados sobre cuidados progressivos em Unidades de Internação no H.C. (1975).

Unidades	No. de leitos	No. de enfer-meiras/leito	Custo do leito/dia	Média de permanência
Intensivo	123	0,93	680,48	3,07
Intermediário I	1.552	0,10	324,71	17,55
Intermediário II	113	0,11	364,55	18,95
Extensivo	264	0,05	212,42	87,31

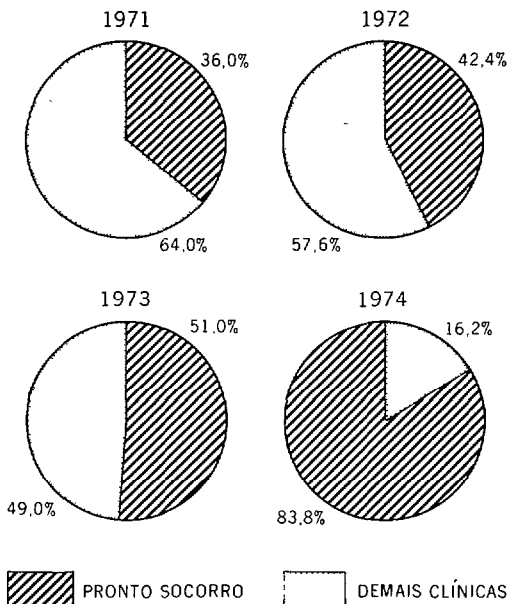
QUADRO 3—Distribuição de leitos de cuidados intermediário I.

Clínicas	Leitos
Departamento médico	218
Pediatria	67
Dermatologia	55
Neurologia	63
Moléstias infecciosas	42
Clínicas cirúrgicas	157
Queimados	30
Ginecologia	63
Obstetrícia	54
Berçário	63
Urologia	49
Otorrinolaringologia	40
Oftalmologia	32
Pronto socorro	11
Ortopedia	345
Psiquiatria	263
Total	1.552

Conclusões

Durante o período 1970-1975, os padrões de avaliação da qualidade de atenção hospitalar aplicados ao complexo do Hospital das Clínicas mostraram alterações significativas para melhor, a saber:

FIGURA 3—Ocupação percentual dos leitos da unidade de cuidados intermediários II (Cotoxó).



- O coeficiente de mortalidade hospitalar reduziu-se em todas as unidades (Quadro 4).
- A média de permanência reduziu-se em todas as unidades (Quadro 5).
- O coeficiente específico do necropsocopia aumentou, passando de 71,07% em 1970 para 80,06% em 1975.
- A taxa de mortalidade perinatal, que foi de 8,67% em 1970, passou para 7,84 em 1974.

Sendo o cuidado progressivo do paciente uma dentre várias medidas administrativas racionalizadoras introduzidas no período, é difícil avaliar o quanto desta melhora poder-lhe-ia ser creditado isoladamente.

Sabendo que tal sistematização lógica traz maior flexibilidade aos recursos hospitalares, e baseados nas experiências do Manchester Memorial Hospital e do McPherson Community Medical Center, podemos assegurar que grande parte da redução dos custos hospitalares e da média de permanência foi devida à introdução do cuidado progressivo do paciente.

A introdução do cuidado progressivo é, porém, um processo lento, visto que requer uma série de mudanças de comportamento, tanto da administração quanto do corpo

QUADRO 4—Coeficiente de mortalidade hospitalar no Hospital das Clínicas em 1970, 1972 e 1975.

	1970 (%)	1972 (%)	1975 (%)
E.C.H.C.	6,15	6,19	5,20
COT			
PQ			
Cotoxó	—	6,37	3,07
Suzano	13,97	22,15	13,81

QUADRO 5—Média de permanência dos pacientes nas unidades do Hospital das Clínicas nos anos de 1970, 1972 e 1975.

	1970	1972	1975
Intensivo (P.S.)	5,76	4,40	3,07
Intermediário I	19,44	18,81	17,55
Intermediário II	—	26,01	18,95
Extensivo	188,03	229,86	87,31

clínico e de enfermagem, do estudante e do professor; e, embora tenhamos resultados a curto prazo, sua consolidação definitiva só é conseguida com o tempo, trazendo a necessidade, dentro de alguns anos, de uma nova reavaliação.

Resumo

O autor apresenta a experiência de introdução do cuidado progressivo do paciente no Hospital das Clínicas da Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo. Relata o cuidado progressivo do paciente tal como é definido para o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América, para em seguida mostrar como o hospital o adaptou a sua realidade.

Conclui que o cuidado progressivo do paciente é uma das formas racionalizadoras da atenção ao doente, que facilita a alocação dos recursos humanos e de equipamentos, colaborando também para melhorar a qualidade de atenção hospitalar prestada. □

BIBLIOGRAFIA

- Chaves, Mário M. *Saúde e Sistemas*. Fundação Getúlio Vargas, 1972.
- Dormer, M.V. Progressive Patient Care. *Nursing Mirror*, Sept. 18, 1959.
- Griffith, John R. Investigaciones sobre el cuidado progresivo del paciente: Un nuevo concepto de organización hospitalaria—Trad. 18—C.L.A.M.—Buenos Aires, 1973.
- Novaes, H.M. Processo de Produção de Saúde do Hospital das Clínicas de São Paulo. Separata da *Revista de Administração Paulista*, Vol. XXV, 23-30, jan./jun., 1974.
- Silva, C. A. da. *Cuidados Progressivos e Hospital Universitário*. Publ. da Universidade Federal da Bahia, 1971.
- U.S. Public Health Service, Division of Hospital and Medical Facilities, *Elements of Progressive Patient Care* (Public Health Service Publication No. 930-C-1; Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, September, 1962).

ANEXO I

Orientação para encaminhamento de pacientes para os hospitais auxiliares

Crítérios para encaminhamento ao Hospital Auxiliar de Cotoxó (Unidade de cuidados intermediários II).

1. Pacientes subagudos, que aguardam tempo útil para alta ou reinternação;
2. Pacientes que necessitam cuidados intermediários de enfermagem;
3. Pacientes que não solicitam atenção médica permanente;
4. Pacientes com baixa média provável de permanência (21 dias);
5. Pacientes que retornam ao EC-HC com intervalos que variam de diários até 1 semana;
6. Pacientes ambulantes, que possam subir escadas.

Crítérios para encaminhamento ao Hospital Auxiliar de Suzano:

1. Pacientes que necessitam cuidados de enfermagem não especializada;
2. Pacientes descerebrados, inconscientes;
3. Pacientes preparados para autocuidados;
4. Pacientes que solicitam atenção médica especializada não contínua;
5. Pacientes portadores de afecções crônicas, em geral ambulantes;
6. Pacientes com alta média provável de permanência (120 dias);
7. Pacientes que retornam ao EC-HC com intervalos mínimos de 1 semana.

La atención progresiva del paciente:

Una experiencia administrativa en un centro médico complejo (Resumen)

El autor describe la experiencia relativa a la introducción del procedimiento de atención pro-

gresiva del paciente en el Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina, de la Universidad de

São Paulo, Brasil. Se indica cómo se adaptó a la realidad del Hospital ese concepto de atención definido por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos de América.

Se formula la conclusión de que dicho concepto

es uno de los procedimientos para racionalizar la atención del paciente, facilitar la asignación de equipo y recursos humanos para mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

Progressive patient care:

An administrative experiment in a complex medical center (Summary)

The author describes the experimental introduction of progressive patient care at the Hospital das Clínicas of the School of Medicine, University of São Paulo, Brazil. He explains what progressive patient care is as defined by the United States Public Health Service in order to show how it has

been adapted to the particular situation of the hospital.

He concludes that progressive patient care is one way to rationalize patient care and a means of facilitating the allocation of human and material resources and helping improve the quality of hospital care.

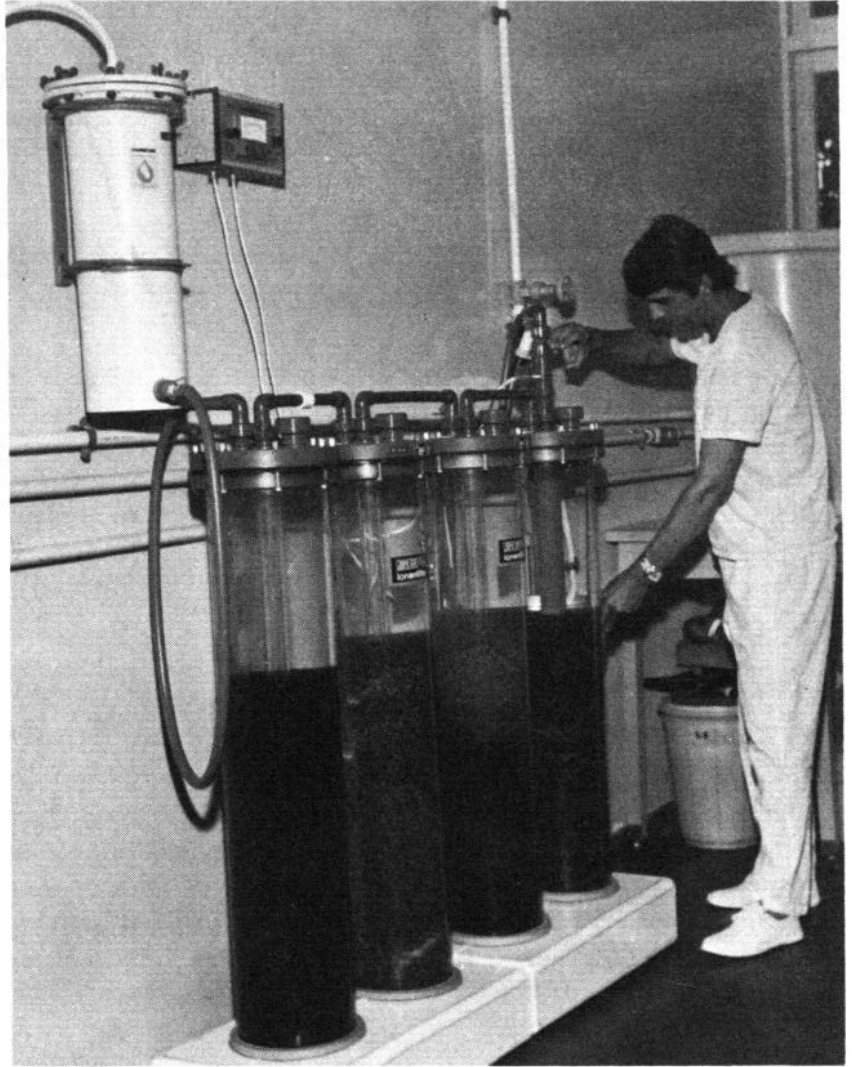
Le traitement progressif du patient:

Une expérience administrative dans un centre médical complexe (Résumé)

L'auteur relate l'historique de l'instauration du système de traitement progressif du patient à l'Hospital das Clinicas de la Faculté de médecine de l'Université de São Paulo, Brésil. Il fait état de ce traitement tel qu'il est défini pour le Service de santé publique des Etats Unis d'Amérique puis

montre comment l'hôpital l'a adapté à sa réalité.

L'auteur conclut que le traitement progressif du patient est une des formes rationnelles de traitement qui facilite l'allocation des ressources humaines et du matériel et qui permet aussi d'améliorer la qualité des soins donnés à l'hôpital.



Algunas de las instalaciones del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en Rio de Janeiro, donde se realizan extensas investigaciones dedicadas a desarrollar, probar y producir vacunas para el control de esta enfermedad. (fotos: PANAFTOSA)

